

TIJDSCHRIFT
VOOR

GEZONDHEID & POLITIEK

JAARGANG 13
NR. 4 / AUGUSTUS 1995



Wonen: van beschermd tot op straat

Listeria en Legionella trekken de huizen binnen

Woonbegeleiding voor lastige huurders?

Sociale woningbouw was meer economie dan volksgezondheid

Met het oog op autonomie

Zorg, opvang en begeleiding van chronisch zieken

Redactie: C. Spreeuwenberg, G.A.M. van den Bos,
F.M. van den Boom, S. Driessen - eindredactie: R.A. te Velde

1995. 308 blz. f 49,50 - ISBN 902322993 2

Dit boek bevat de samenvattende resultaten van overzichtsstudies naar de zorg, opvang en begeleiding van chronisch zieken, geïnitieerd door de Nationale Commissie Chronisch Zieken (NCCZ).

Terwijl het aantal mensen met een chronische aandoening in onze samenleving toeneemt, lijkt de gezondheidszorg - traditioneel sterk gericht op curatie - nog steeds niet goed raad te weten met chronisch zieken.

Dit belangwekkende boek 'vertaalt' wetenschappelijk verkregen inzichten naar de dagelijkse praktijk van de zorg voor en begeleiding van chronisch zieken. In het boek komt o.a. aan de orde de waarde van egodocumenten, de kwaliteit van het leven, de psychosociale problematiek en interventies, lotgenotencontact, leefstijlinterventies en sociale steun. Ook aan de onderwerpen voorlichting en multidisciplinaire zorg wordt aandacht besteed.

Professionele autonomie van de medisch specialist

J.A. van Oorschot, Fr.C.A. Jespers, J.H. Schaaf, F. Linnebank,
c.A.G. Oostveen, J.T. Braaksma

1995. 86 blz. f 25,00 - ISBN 902323037 X

Medisch specialisten zijn in hun beroepsuitoefening autonoom. Zij kennen individuele vrijheid van handelen binnen het klinische domein. Maar autonomie is evenzeer een persoonlijke capaciteit. De medicus moet in staat zijn zelfstandig en onafhankelijk van anderen beslissingen te nemen in het belang van de patiënt. Hij of zij dient zich ten allen tijde bewust te zijn van de keuzes die daarbij worden gemaakt.

De autonome rechten en vrijheidsgraden van de medisch specialisten in het economisch verkeer en in het politieke krachtenveld staan hevig onder druk. Mede daardoor komt ook de autonomie in het klinische domein - de professionele autonomie - onder druk te staan. Dit is niet in het belang van een goede uitoefening van het medisch beroep, derhalve ook niet in het belang van de samenleving. Dit boek beschrijft professionele autonomie als kernkwaliteit van de medisch specialist, waard om beschermd te worden.

Verkrijgbaar in de boekhandel of rechtstreeks bij de uitgever

Uitgeverij

VAN GORCUM

Postbus 43
9400 AA Assen

Tel. 05920 46846 (per 10 oktober '95 - 0592 346846)
Fax 05920 72064 (per 10 oktober '95 - 0592 372064)



Nieuw

TIDSCHRIEF
VOOR

GEZONDHEID
&
POLITIEK

JAARGANG 13
NR 4 / AUGUSTUS 1995

Tijdschrift voor Gezondheid en **Politiek**
is het officiële orgaan van de Stichting
Gezondheid en Politiek.
Verschijnt 1 x per twee maanden
ISSN 0167-8647

Uitgever
Van Gorcum & Comp. bv.
Postbus 43
9400 AA Assen
Telefoon 05920-46846
Fax 05920-72064

Redactie
Luc Klaphake, Saskia van der Lyke,
Matthé Ribbens, Albert Schoenmaker,
Hans Tenwolde, Ingrid van de Vegte,
Joost Visser,
Eindredactie: Maarten Dulfer

Redactieraad
Hans Blaauwbroek, Antoinette de Bont,
Martien Bouwmans, Anita Driessen, Thea
Dukkers van Emden, Maria
Hermesen, Joost van der Meer, Evelyn de
Leeuw, Arko Oderwald, Frans van der
Pas, Menno Reijneveld, Eric van Rijswijk,
Lidy Schoon, Marco Strik, Janneke van
Vliet, Marjon van Weersch, Goof van de
Wijngaart.

Redactieadres
Postbus 17107
1001 JC Amsterdam
Telefoon redactie: 05708-2289
Artikelen of ideeën kunt u zenden aan het
redactieadres. Aanwijzingen voor auteurs
op aanvraag aldaar verkrijgbaar.

Abonnementenadministratie
Opgave van abonnementen, opzegging en
adreswijzigingen uitsluitend schriftelijk
doorgeven aan de uitgever. Indien twee
maanden voor het verstrijken van de
abonnementsperiode geen schriftelijk
bericht van opzegging is ontvangen wordt
het abonnement automatisch met een jaar
verlengd.

Abonnementsprijzen per jaar:
Bedrijven/instellingen f 110,-
Particulieren f 75,-
Los nummer f 17,50

Foto omslag
Aards Paradijs, Barger Compasuum

Advertentietarieven
op aanvraag bij de uitgever

* niets uit deze uitgave mag worden overgenomen of ver-
menigvuldigd zonder schriftelijke toestemming van de uit-
gever en zonder bronvermelding.
De uitgever is niet verantwoordelijk voor de inhoud van het
gepubliceerde.

INHOUD

Thema: wonen

2 Redactioneel

3 Josine van de Boogaard
Vroeger
Van woningwet tot gezondheidsbeleving in huis

6 Theo Zwetsloot
Lichaamsafhankelijk
Gehandicapt zelfstandig wonen

9 Ingrid van de Vegte
Lastig
Eruit, of woonbegeleiding

13 Tom de Meij
Bescherm
Wonen en behandelen gescheiden!

15 Ronald B.J. Smit
Op straat
Slechter af dan Job

18 Johannes Oosterom
Schoon
Microbiologische huishoudkunde

21 Frans van de Pas
Column
De WVG is niet normaal

22 Hans Koenis
Brief uit Boedapest
In de bus

23 Gillis de Wildt
Regionaal beter
Public health komt eraan

25 Joost van der Meer
Signalementen buitenland
Mensenrechten, proefpersonen

27 Gabriëlle Verbeek
Niet naast het bed
Bevallen in het ziekenhuis

30 Boeken
Gezonde Steden; gynaecologie

32 Signalementen binnenland



REDACTIONEEL

De fysieke aspecten van het wonen hebben we in Nederland inmiddels onder de knie. We weten aan welke voorwaarden de plek moet voldoen waar het huis komt te staan: schone bodem, zuivere lucht en geen geluidsoverlast... We zijn realistisch genoeg om deze voorwaarden flexibel te interpreteren; van Schiphol wordt alleen verwacht dat de geluidsoverlast niet meer dan 10.000 huizen treft.

Bij de relatie tussen gezondheid en wonen gaat het anno 1995 in Nederland vooral over gezondheidsbeleving en woonomgeving. Over welzijn en leefbaarheid, over autonomie en zelfstandigheid, over eenzaamheid en integratie; nauwelijks nog over bouwvoorschriften en riolering.

De goed opgeleide, redelijk verdienende burger hoeft niet lang in woonsituaties te verkeren die een bedreiging vormen voor zijn gezondheid en die van zijn geliefden. Is er sprake van een aantasting van zijn woning of woonomgeving door bodemverontreiniging of een asociale buurman, dan gooit hij al zijn kennis van de regels en zijn contacten in de strijd om dat te corrigeren. Vraagt zijn fysieke gesteldheid om aanpassingen van woonruimte en -omgeving, dan beweegt hij hemel, aarde en portemonnaie om deze gerealiseerd te krijgen. En mochten de omstandigheden en instanties onverhoopt tegenzitten, dan is de wereldburger in staat zich elders te vestigen. Zijn gezondheid is hem tenslotte een eigen haard, dus een investering waard. De goed opgeleide burger is, om Illich te parafraseren, een autonoom mens die of in een gezond huis woont, in een omgeving die zowel geschikt is om erin geboren te worden, op te groeien, te werken, te genezen als te sterven, of ervoor zorgt dat hij daar komt te wonen.

De natuur laat zich echter niet helemaal knechten. Het water heeft Maas-bewoners recent nog het huis uit en naar de Riagg gejaagd. En nauwelijks zichtbaar maakt de natuur van ons huis van de toekomst een microbiologische bom. *Van Oosterom* toont ons de hoeken van waaruit listeria en mijt op de bewoners loeren. U bent gewaarschuwd!

Dat een huis te prefereren is boven de straat was al ten tijde van het Oude Testament bekend. *Ronald Smit* citeert Job en beschrijft hoe in Utrecht de gezondheidsnood van de thuisloze wordt gelenigd bij (voonlopige) ontstentenis van God. Men schroeft de drempels uit de laagdrempelige voorzieningen en maakt van thuiszorg buitenzorg.

Een thuisloze had vaak ooit een huis. Raakte dit kwijt. Bijvoorbeeld omdat zijn woongedrag conflicteerde met het recht van zijn burens om niet gestoord te worden. *Ingrid van de Vegte* beschrijft het ontstaan van zo'n conflict. Ze is overtuigd van het probleem, maar heeft vraagtekens bij de huidige oplossing. Het is mooi om de overlastbezorger een tweede woonkans te geven, maar om hem bij mislukking feitelijk zijn woonrecht te ontnemen is punt twee.

Over de sociale aspecten van het wonen bestaat nog weinig eenduidigheid, laat staan dat we ze onder de knie hebben. *Josine van den Bogaard* gaat in het openingsartikel in op de worsteling door de eeuwen heen van de woningontwerpers en planologen om een goede leefomgeving te creëren. Wat op het ene moment goed en gezond lijkt, bijvoorbeeld de

scheiding van functies wonen, werken en recreëren, blijkt al snel achterhaald. Een nieuw concept komt tevoorschijn: de compacte stad.

Wat als de gezondheid het wonen belemmert? Dan is wonen meer dan een dak boven je hoofd. Je woont pas als je zelf kleur en smaak kan geven aan je woonruimte. *Theo Zwetsloot* laat zien dat een dergelijke autonomie een luxe is. Door zijn handicap kan hij zonder hulp niet zelfstandig wonen, maar ook met hulp is dat geen sinecure. Hij heeft zijn wonen tot op de vierkante centimeter moeten bevechten. Eerst om eigen woonruimte te verkrijgen, vervolgens om daarbinnen zelf de dienst uit te kunnen maken en tenslotte om ervoor te zorgen dat hij behoudt wat hij bevochten heeft.

Heeft de zorg eenmaal de overhand gekregen in het wonen, dan valt daar zeer moeilijk iets aan te veranderen. *Tom de Mey* spant zich al jaren in om in de geestelijke gezondheidszorg de zeggenschap van mensen over hun wonen te vergroten, maar is niet te spreken over de resultaten. Zo heeft nog geen 10% van de bewoners van een beschermende woonvorm een huurovereenkomst. "Zolang de bewoner niet zelf zijn woonregels kan stellen, blijft wonen in de zorg voor De Mey een contradictie in terminis. Evenals Zwetsloot vestigt hij voor werkelijke veranderingen zijn hoop op het persoonsgebonden budget, dat de klant tot koning moet maken.

De TGP-getrouwen met een redelijk geheugen zal één en ander vertrouwd voorkomen. Zeven jaar geleden schreef Frans van der Pas dat de thuiszorg alleen maar succesvol zou kunnen zijn als men erin zou slagen de leefruimte van de klant te respecteren. Zwetsloot toont overtuigend aan dat deze boodschap nog niet is overgekomen. Toen werd ook al veel verwacht van het cliëntgebonden budget. Het goede keert zich ten kwade. Waar Van der Pas de woonbegeleidingscontracten tussen zorg en woningcorporatie zag als een goede mogelijkheid om mensen zelfstandiger te laten wonen, vraagt Van de Vegte zich nu af in hoeverre deze de zelfstandigheid van de mensen niet juist inperkt.

Bij leven en welzijn zal de thema-redactie zich over zeven jaar opnieuw over deze materie buigen. Hopelijk zeurt dan *Frogers* 'Een eigen huis, een plek onder de zon' niet meer door ons hoofd. Een schoon fornuis, een stoel op het balkon.

De thema-redactie:

Peter ten Cate,

Anita Driessen,

Luc Klaphake,

Ingrid van de Vegte,

Marguerite Wellen Donker.

VROEGER

Josine van den Boogaard

Wat is gezond wonen? De discussies over wonen langs de Betuwelijn en de geluidsoverlast van de vijfde Schiphol-baan brengen het verschil tussen gezondheidsbeleving en een objectief vaststelbare norm over wat gezond wonen is weer eens aan het licht. Na een verhuizing niet kunnen 'aarden', of ziek worden in een nieuwe woonsituatie, zelfs als de nieuwe woning kwalitatief beter is, zijn andere voorbeelden van de beleving van een gezonde of ongezonde woonomgeving. Er zijn objectieve, zij het statistische, verschillen geconstateerd betreffende de gezondheidssituatie tussen buurten en woonvormen. Gezondheidsverschillen die samenhangen met de sociaal-economische situatie, die zich vertaalt in de woonsituatie. Dit heeft een geschiedenis.

Er zijn buurten die de mensen als het ware uitnodigen om elkaar te ontmoeten, er zijn ook plaatsen waar je geneigd bent je privacy en anonimiteit te beschermen. Soms zijn speelplekken veilig en dichtbij aangelegd, soms zijn ze slechts bereikbaar via een drukke weg en vormen zo een direct gevaar voor de gezondheid van kinderen.

Dat er relaties zijn tussen woonsituatie en gezondheidbeleving is duidelijk. Ieder weet uit eigen ervaring dat het uitmaakt op welke fysieke plek je je leven leidt. Een stadsleven is toch iets anders dan een plattelandleven. 'Met of zonder tuin' is voor de meesten van ons een wezenlijk verschil voor de beleving van de woonsituatie.

Van belang voor de gezondheidsbeleving is de mate waarin de woning zelf het (micro-milieu) bijdraagt, dan wel afbreuk doet, aan de gevoelens van welbevinden van de bewoner(s).

Kwaliteitseisen die verband houden met het woongenot zijn tocht- en vochtvrij, redelijke mate van onderhoud, ruimte en geen last van de burens. Het zijn voorwaarden om ten volle te kunnen profiteren van hoger geordende aspecten, die meer betrekking hebben op de woonomgeving ('meso-milieu').

De Nederlandse bevolking van 12 jaar en ouder brengt momenteel gemiddeld 60% van de tijd in huis door. Dit percentage zal in de toekomst nog stijgen, onder invloed van de vergrijzing, de toename van de vrije tijd en de telematica-ontwikkelingen.

De volgende historische schets richt zich op het, niet altijd duidelijke en zeker niet altijd voldoende gewaardeerde, verband tussen volksgezondheid en woningbouw gedurende de laatste eeuw.

De motor van de bouw was altijd primair de politiek-economische besluitvorming; de gezondheidsaspecten flankerden slechts dit proces. De ontwikkeling naar licht, lucht en hygiëne in huis verliep langs de tekenen des tijds, hoe die ook heetten: charitas, industriebevordering, sociaal beleid, preventie of gezondheidsbeleving.

BEPAALD

Vóór de totstandkoming van de Woningwet in 1901, waren in Nederland reeds een aantal bouwvoorschriften van kracht die hun grond vonden in de noodzakelijk geachte bescherming van de openbare orde, de veiligheid en de



gezondheid. Zo werd bijvoorbeeld de verplichting tot het bouwen op palen in 1860 opgenomen in de Rotterdamse bouwverordening. De bepalingen waren echter beperkt en golden slechts het bouwen aan de openbare weg, met als gevolg dat niet aan de openbare weg gelegen ruimtes met sloppen konden worden volgebouwd. In het algemeen voerde een laissez-faire mentaliteit in de woningbouw de boventoon.

De cholera-epidemieën die sinds de jaren dertig van de vorige eeuw herhaaldelijk de kop opstaken, vestigden de

aandacht op de zeer slechte woontoe-standen van de arbeiders; dermate dat koning Willem III in 1853 onderzoek gelastte naar de 'vereisten en inrigtingen van arbeiderswoningen'. Een conclusie van het onderzoek - dat als eerste aanzet kan worden gezien tot de totstandkoming van de Woningwet - was, dat de eerste vereisten voor leven en gezondheid in deze 'holen' ontbraken. En dat dit de groei van de industriële productie niet ten goede kwam.

HET VOLK VERHEFFEN Na 1875

trokken als gevolg van de sterke bevolkingsgroei, de voortgaande industrialisatie en de toen heersende landbouwcrisis veel mensen van het platteland naar de industriecentra, alwaar een grote woningbehoefte ontstond. Onder invloed van de sociale bewogenheid van die tijd kwam er meer aandacht voor de leefomstandigheden van de arbeider; er ontstonden vanuit de gegoede middenstand organisaties met namen als 'Vereeniging tot Bouw van Gezonde Arbeiderswoningen' en 'Vereeniging tot Nut van het Algemeen', die zich niet alleen de taak stelden om de materiële voorzieningen te verbeteren, maar ook om 'het volk' te verheffen. Over de manier waarop dit laatste diende te geschieden, liepen de meningen uiteen, van een soort medische politie tot de bevrijding van de arbeidersklasse, maar de opvatting dat de verheffing van de onderste sociale laag tot een volwaardig en gerespecteerd deel van de samenleving noodzakelijk was voor het creëren van een gezonde stad, was algemeen.

De materiële verbeteringen speelden vooral op het hygiënische vlak: de aanleg van waterleiding, een rioleringsstelsel, toezicht op de voedselhygiëne, de oprichting van gemeentelijke abattoirs. Ook werden parken aangelegd. De GGD'en leverden aan deze veranderingen een belangrijke bijdrage, onder meer op het terrein van de woningverbetering.

Aldus leidden gevoel voor sociale rechtvaardigheid en economische en gezondheidsmotieven uiteindelijk tot de Woningwet van 1901.

De Woningwet bracht de verantwoordelijkheid tot uitdrukking die de overheid aanvaardde voor de huisvestings-

tuatie in het land, al was niet duidelijk hoever deze verantwoordelijkheid moest gaan. In de Memorie van Toelichting op de wet werd uitgelegd dat de overheid niet in staat is iedereen een behoorlijke woning te verschaffen, maar wel wil meewerken aan verbetering van de woontoestanden.

RUG AAN RUG

In de wet werd bepaald dat elke gemeente voorschriften moest vaststellen voor het bouwen, verbouwen en uitbreiden van een woning en voor een behoorlijke bewoning. Het ging in deze om zaken als de toetreding van daglicht, de aanwezigheid van sanitaire voorzieningen, de afmetingen van de



verschillende ruimten, het ophalen van huisvuil of het verbieden van zgn. rug-aan-rug-woningen (woningen waarvan de achterzijden tegen elkaar gebouwd zijn en die daardoor weinig licht toelaten). Aanvankelijk viel de uitvoering van de wet tegelijk met de zorg voor de volksgezondheid onder het Ministerie van Binnenlandse Zaken; later ver schoof ze naar Sociale Zaken.

In de periode 1910-1930 dachten velen dat een verdere groei van het aaneengesloten stedelijk gebied niet langer verantwoord was. In navolging van de ideeën van Ebenezer Howard werden de tuindorpen ontworpen: bescheiden vredige buurtjes met een sterke innerlijke samenhang. Deze ontwerpen waren ingegeven door sociale gezondheidsmotieven: in de frisse dorpachtige nederzettingen zouden minder misdrijven, echtscheidingen, zelfmoorden en andere ongewenste 'typisch stedelijke' verschijnselen plaatsvinden.

Door de grote mate van autonomie die de gemeenten kregen, ontstonden aanzienlijke verschillen tussen de diverse bouwverordeningen. Wat meer eenheid kwam er toen in 1931 de Woningwet werd herzien en de gemeenten hun aanpassingen daaraan veelal aan de hand van een provinciale modelbouwverordening uitvoerden.

BALKON

In Amsterdam werd in 1935 het 'Algemeen Uitbreidings Plan' gelanceerd. Het plan verscherpte de normen: zo moesten woningen niet alleen licht maar ook zon toelaten, bijvoorbeeld door de aanwezigheid van een balkon. Ook moest er veel groen in de woonomgeving zijn. Dit leidde tot het ontwerpen van de tuinsteden. De stedenbouwkunde was maatgevend, gezondheidsmotieven speelden nog slechts op de achtergrond een rol.

Het was een integraal plan, met de ambitie om alle stedelijke functies in globale bestemmingen van de grond vast te leggen voor een langere periode. Het was tevens het begin van de functiescheiding tussen wonen, werken, verkeer en recreatie.

Na de Tweede Wereldoorlog was er grote woningnood. Bouwen moest snel en goedkoop, hetgeen niet eenvoudig was gezien de materiaalschaarste. De oplossing om woningen in serie-productie te bouwen, werkte niet direct omdat de gemeentelijke bouwverordeningen toch nog steds verschilden. Aan dit probleem kwam onder meer de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) tegemoet met de ontwikkeling van een landelijke modelbouwverordening. Toen in 1965 de nieuwe Woningwet in werking trad, volgden de meeste gemeenten bij de aanpassing van hun verordening aan de wet dit landelijke model.

Uitgangspunten van deze nog steeds van kracht zijnde Woningwet zijn veiligheid en gezondheid. In de wet is aangegeven welke onderwerpen tenminste in de gemeentelijke bouwverordening moeten zijn geregeld. Daarnaast is voor een aantal zaken - waaronder de geluidwering van gebouwen - een nationaal besluit van kracht geworden.

In de tijd van wederopbouw en toenemende welvaart werd de inrichting van de ruimte steeds planmatiger. Stadsreconstructie en sanering bleken nodig om de economische groei ruim baan te geven. Oude woonbuurten gingen tegen de vlakte om plaats te maken voor verkeersaders, die de binnensteden, die vooral economische en bestuurlijke functies kregen toebedeeld, bereikbaar moesten houden. Voor het platteland werden ruilverkavelingsplannen ontwikkeld die een efficiënter gebruik van de landbouwgrond mogelijk maakten. Daarmee zette de functiescheiding tussen wonen, werken en recreëren die in de jaren dertig was ingezet, zich in de

jaren zestig voort. Zo ontstonden groot-schalige woonwijken: veel hoogbouw, afgewisseld met groenstroken en omgeven door brede, rechte toegangswegen. Een achterliggend idee van deze naoorlogse stadsuitbreidingen was dat lucht en zonlicht vrije toegang moesten hebben en groenvoorzieningen openbaar moesten zijn. Het hoogtepunt van deze stedenbouwkundige trend is het ontwerp voor de Bijlmermeer (Amsterdam).

FLATNEUROSE

Ondermeer naar aanleiding van een publicatie van een Engelse arts over mogelijke nadelige gevolgen voor de gezondheid van het leven en opgroeien in een dergelijke woonsituatie, kwam veel kritiek los op deze vorm van stedenbouw. De veronderstelling groeide dat mensen in dergelijke monotone wijken zich met alle reden onbehaaglijk konden voelen. Het begrip 'flatneurose' ontstond.

Als reactie hierop richtte de aandacht zich meer op de mogelijkheden in de laagbouw. Er waren inmiddels nieuwe bouwmaterialen ontwikkeld waardoor het bouwtempo kon stijgen. Toenemende mobiliteit en de negatievere klank die het wonen in de grote stad had gekregen leidde tot een beweging omgekeerd aan die van rond de eeuwwisseling: de suburbanisatie. Hierbij speelde ook de bewustwording van milieuproblemen als luchtvervuiling en verkeersoverlast een rol. Deze problemen werden in de steden als meer bedreigend ervaren.

Zo ontstond er in de jaren zeventig veel nieuwbouw, waarbij ieder huishouden zijn eigen huis met een tuintje kreeg. De monotonie van de jaren zestig werd



bestreden door het aanbrengen van details in de ontwerpen, zoals het laten inspringen van groepjes huizen, hetgeen de buurt meer identiteit moest geven. In de nieuwe woongebieden was meer ruimte voor groen en voor de voetganger cq. het kind. De woonfunctie bleef echter geïsoleerd van de ove-

rige functies, wat sommigen de benaming 'groene weduwen' deed geven aan de vrouwen die, wanneer hun man uit werken ging, in deze suburbane wijken thuis achterbleven.

SUBURBIA

In het begin van de jaren tachtig komt er een fundamentele reactie op de scheiding van functies. De ontvolking van de binnensteden en het ontstaan van zgn. slaapsteden lijken ongunstig vanuit het oogpunt van de geestelijke volksgezondheid. Ook nemen criminaliteit en vandalisme toe, verschijnselen die deels zouden samenhangen met deze wijze van inrichten.

De vergrijzing van de binnenstad, en meer in het algemeen de segregatie van bevolkingsgroepen (met de suburb als bolwerk van de blanke middenklasse) wordt meer en meer onwenselijk geacht.

Met de verlegging van de aandacht naar de (grote) stad, wat samengaat met het aantrekken van economische bedrijvigheid, komt er weer meer waardering voor de stad als dynamisch middelpunt van de moderne cultuur. De reeds in de jaren zeventig gestarte stadsvernieuwingprojecten en het scheppen van nieuwe woonruimte en sociaal-culturele voorzieningen maken het wonen in de stad aantrekkelijk. Het proces van functiescheiding stopt, er is in de binnensteden weer sprake van functiemenging en verdichting. Omdat het werk schoner en stiller is geworden in vergelijking met de eerste helft van de eeuw, is in veel gevallen de noodzaak verdwenen om wonen en werken te scheiden. De term 'compacte stad' doet opgeld: hoogbouw met woon- en werkfuncties en intensivering van bebouwing en voorzieningen. Hoewel dit de aantasting van het buitengebied beperkt, moeten om de compacte plannen te kunnen uitvoeren de milieunormen worden versoepeld.

De zich aldus voltrekkende stedelijke vernieuwing maakt achterstand en verval, waarvan sprake is in wijken waar problemen van diverse aard zich ophopen, extra zichtbaar. Onderzoek toont het bestaan van gezondheidsverschillen tussen wijken ondubbelzinnig aan. Gesteld kan worden dat de versterking van de stad weer aandacht vestigt op de problematiek van de 'achterstandswijken' en leidt tot de ontwikkeling van andere vormen van beheer en van gezondheidsbevordering.

VARIATIE

Het kleiner worden van de huishoudens maakt het nodig de woningbouw daar meer op af te stemmen. Betrokken instituties, waaronder de gezondheidszorg, wijzen op de noodzaak om door variatie in de woningbouw op meer verschillende woonbehoeften te kunnen inspelen. Woningen of aanpassingen voor ouderen, gehandicapten, psychiatrische patiënten of alternatieve samenlevingsvormen zijn nodig. Vanuit de gezondheidshoek gaat bovendien toenemende aandacht uit naar de kwaliteit van het binnenmilieu dat, als 'keerzijde van de nationale kierenjacht' van de jaren zeventig, wel eens schadelijker zou kunnen zijn voor de gezondheid van het individu dan het buitenmilieu.

De geldende (gedetailleerde) bouwvoorschriften worden steeds meer als te betuttelend en vrijheidsbeperkend ervaren. Op grond daarvan (en op de golven



van de deregulering) ontwierp het ministerie van VROM het Bouwbesluit, dat in de plaats kwam van de bouwverordening en dat de gemeentelijke bevoegdheden vermindert.

De uitgangspunten van het Bouwbesluit zijn respectievelijk veiligheid, gezondheid, bruikbaarheid en energiezuinigheid. Ten aanzien van het gebruik van bouwmaterialen en de gezondheids- en milieueffecten van bouwen en wonen ontwikkelen zich nieuwe ideeën. Zo is ecologisch bouwen reeds een begrip en prijzen aannemers hun 'traditionele' bouwmethoden aan.

EN NU

Op grond van bovenstaande kan worden gezegd dat het aspect 'gezondheidsbeleving' met betrekking tot de woonsituatie in het verleden weliswaar enkele malen de aandacht heeft gekregen, maar nooit een grote stempel heeft kunnen drukken op de inrichting van de woonomgeving. Economische ontwikkelingen en veranderende stedenbouwkundige inzichten zijn daar een grotere drijfveer voor geweest. De invloed van de woonsituatie op de gezondheid is

eerder een politiek-economisch dan een medisch probleem.

Economische en stedenbouwkundige inzichten staan uiteraard niet geheel los van de opvattingen over gezondheid en hygiëne. Vooral niet wanneer die laatste kwantificeerbaar zijn, zoals het percentage cholera-gevallen in kelderwoningen, de hoeveelheid openbaar groen per buurt of decibels lawaai, van burens of verkeer. De relatie is beduidend minder sterk als het de meer kwalitatieve en moeilijker grijpbare beleving van gezondheid betreft.

En de gezondheidszorg heeft, na de Woningwet en de daaropvolgende eerste decennia van deze eeuw, nagelaten structureel aandacht te vragen voor dit aspect van de woonsituatie.

Recente ontwikkelingen, zoals gezondheidsmonitoring in steden, discussies over de invulling van de VINEX-locaties, de koers van het internationale Gezonde Steden-beleid, de groei van de sociaal-hygiënische problematiek en ook de keuze voor dit thema in TGP, wijzen erop dat dit een keerpunt heeft bereikt. Om als gezondheidssector weer mee te kunnen praten en mee te tellen, zijn nieuwe onderzoeksgegevens en meetinstrumenten op dit terrein nodig.

Josine van den Bogaard is beleidsmedewerker bij de afdeling Gezondheidsbevordering van de GGD Rotterdam e.o.

Dit artikel is een bewerking van hoofdstuk 2.1 van het rapport 'Woonsituatie en gezondheidsbeleving', GGD Rotterdam e.o. 1990.

LICHAAMSAFHANKELIJK

Theo Zwets loot

Gechauffeerd door een medestudente, verzorgd door vrienden en aan de intercom bij je zus die naast je komt wonen. Met een dwarslaesie ging de auteur zelfstandig wonen. Na de studie een baan, ander huis, erop vooruit. Maar een tweepersoonsbed voor hem en zijn vriendin, dat vond de bedrijfsvereniging niet nodig.

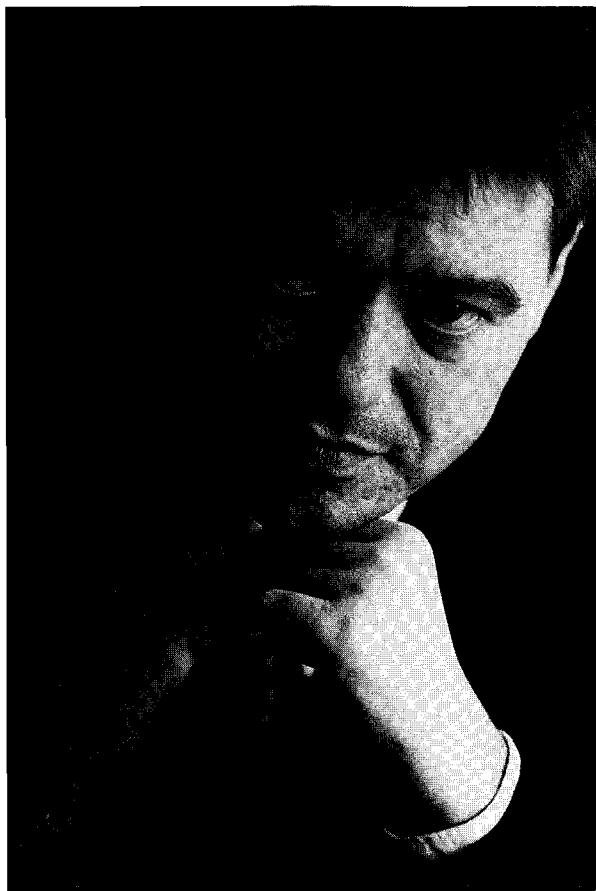
Zelfstandig wonen met een lichamelijke beperking is geen vanzelfsprekendheid, maar een keuze. Een keuze die, door met name de noodzaak van assistentie bij van alles en nog wat, een zware wissel trekt op mijn organisatietaal, mijn privacy en mijn directe omgeving. Soms heb ik het gevoel alleen maar bezig te zijn met het in goede banen leiden van mijn assistentie; er banieren heel vaak en heel veel verschillende hulpverleners door mijn huis, waarvan sommigen zelfs een huis-sleutel van me hebben en het is voor mijn partner geen lolletje om constant dit legertje tegen te komen.

Die inbreuk op de privacy valt - gegeven de huidige structuur - van de thuiszorg - niet te ontwijken. De afhankelijkheid van hulp door niet-zelfgekozen hulpverleners op niet-zelfgekozen tijdstippen knelt: je kunt die hulpverleners niet afwijzen als het je niet schikt. Je hebt hun hulp doodsimpel nodig.

Het wonen op een zelf gekozen plek stelt eisen aan de woning zelf. Niet elke woning is geschikt of zelfs maar geschikt te maken wanneer je vanuit een rolstoel leeft. De vergoeding van deze woningaanpassingen is tegenwoordig - sinds de invoering van de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) - geen vanzelfsprekendheid meer.

Niet alleen de eigen woning moet geschikt zijn. Wonen, zonder geïsoleerd te raken, betekent ook bij je familie, vrienden en kennissen langs kunnen gaan. Of dat kan hangt van twee dingen af. Ten eerste de (rolstoel)toegankelijkheid van de woning, van de ander en ten tweede het vervoer. Ongeveer 75 % van mijn sociale netwerk woont in voor mij

niet toegankelijke woningen. Te smalle deuren, te smalle gang, te hoge stoepen, geen lift. Dat betekent dus ofwel mensen steeds bij mij thuis uitnodigen, ofwel allerlei capriolen uithalen om toch maar een trap opgesjouwd te worden. Dat is vaak een onmogelijke opgave.



Theo Zwetsloot

foto: René Dohmen

De gehandicaptenbeweging dringt al jaren aan op het zogenaamde aanpasbaar bouwen. Er zal veel serieuzer vanuit dit concept moeten worden gewerkt wil het stimuleringsbeleid om ouderen en gehandicapten langer in hun eigen omgeving te laten wonen niet verworden tot holle frase.

LELIJKE BUSSEN

Vervoer is een ander heikel punt. Met de invoering van de hierboven al genoemde Wvg zijn in de meeste situaties de vervoerskostenvergoedingen zeer ingeperkt. Dit was een - vóór de bezuinigingen al ontoereikende - tegemoetkoming voor de hoge kosten van het rolstoeltaxivervoer. Reizen per openbaar vervoer is in Nederland slechts zeer beperkt mogelijk als je een handicap hebt. In het kader van de Wvg heeft elke gemeente afzonderlijk een 'aanvullend openbaar vervoerssysteem' opgezet. Lelijke, stigmatiserende, grote bussen die veelal slechts tot aan de gemeentegrens rijden en erg duur zijn.

In de Verenigde Staten is toegankelijkheid voor iedereen een wettelijke verplichting voor het openbaar vervoerssysteem. Ik kon daar dus gewoon met bus, trein, metro etcetera reizen. Er heeft nog niemand mij kunnen uitleggen waarom zoiets in Nederland niet net zo goed zou kunnen.

TERUG

Toen ik als jongen van 15, de oudste uit een gezin van vier kinderen, bij een ongelukkige duik in het zwembad mijn nek brak, realiseerde ik me op dat moment absoluut niet dat niet alleen voor mijzelf, maar ook voor mijn familie en vrienden de wereld volledig op z'n kop werd gezet.

De eerste tijd viel dat allemaal nog niet zo op, want vanuit het ziekenhuis ging ik naar een revalidatiecentrum, en daar waren mensen die van alles mankeerden heel gewoon. Het was dan ook niet echt moeilijk om me, toen ik langzaam maar zeker be-

sefte dat de situatie echt onomkeerbaar was, voor te nemen om hoe dan ook geen genoegen te nemen met minder dan een volwaardige, zelfstandige positie in de samenleving. Desnoods zou ik me doodvechten. Later bleek dat dat ook bijna noodzakelijk om mijn voor-nemen te realiseren.

De periode in het revalidatiecentrum

heeft twee jaar geduurd. Dat is vrij lang voor de revalidatie van een dwarslaesie, maar het wachten was op het moment dat de noodzakelijke aanbouw aan het huis van mijn ouders was voltooid. Toen dat eenmaal het geval was en ik weer thuis kon gaan wonen, bleek juist dat de meest ingrijpende overgang in mijn leven te zijn. Plotseling was ik niet meer omringd door vele lotgenoten en was ik in mijn eigen, vertrouwde omgeving een uitzondering geworden.

Hoewel een aantal dingen natuurlijk gewoon hetzelfde bleven, veranderde er iets essentieels in de relatie met de mensen om me heen. Mijn ouders hadden mijn persoonlijke lichamelijke verzorging op zich genomen. Het alternatief was dat wij thuis een ploeg hulpverleners over de vloer zouden krijgen, een ongewenste inbreuk op de privacy van ons gezinsleven. Nu kon ik geholpen worden op tijdstippen die naadloos aansloten op mijn schooltijden en behoefte aan rust.

Dit was een zeer bewuste keuze van mijn ouders; zij wilden me een zo onverstoorde en onbekommerde mogelijk leven laten leiden. Pas veel later beseftte ik wat een enorme consequenties die keuze voor hen had. Mijn vader had een razend drukke baan, waardoor hij slechts beperkt inzetbaar was. Daar voelde hij zich niet prettig bij tegenover mijn moeder. Mijn moeder nam dus het leeuwedeel voor haar rekening. Dat gaf een kettingreactie. Ten eerste was er de behoorlijke fysieke inspanning van de hulp bij wassen, aankleden, hulp bij de stoelgang, hulp als mijn condoomcatheter voor de zoveelste keer was losgeschoten en ze mij in droge kleren moest helpen. Totaal zo'n 20 uur per week. Dat had gevolgen voor de aandacht voor de andere kinderen. Hoewel ieder z'n uiterste best deed waren er natuurlijk toch flink wat spanningen.

OP SCHOOL

Op mijn oude school werd ik redelijk goed geaccepteerd door mijn inmiddels een jaar jongere klasgenoten. En toch bleef ik me een buitenstaander voelen. Ik was anders. En wel zo anders en me zo bewust van de dagelijkse maar tevens levenslange afhankelijkheid van al die mensen om me heen, dat ik van binnen heel eenzaam werd. Ik overwoog om uit dit leven te stappen; Dat ik dat niet heb gedaan is omdat ik mijn ouders dat verdriet niet ook nog wilde aandoen. Nu ben ik zeer gelukkig dat ik er gewoon nog ben. Na mijn eindexamen ging ik psycholo-

gie studeren. De eerste anderhalf jaar nog op en neer reizend vanuit mijn ouderlijk huis met een bruikleen auto van het GAK, bestuurd door een medestudente. Daarna wilde ik op kamers wonen. Mijn verzorging thuis organiseerde ik met een klein groepje vrienden die ook gingen studeren. Deze groep kon ik aanvullen met medestudenten die ik later leerde kennen. Als ware zij een achterwacht was mijn zusje in het buurhuis gaan wonen en we hadden een intercomverbinding met elkaar. Hoewel dit systeem praktisch gesproken prima werkte en mij veel vrijheid bood, had het ook enkele zeer belangrijke nadelen. Het vergde niet alleen een enorme hoeveelheid organisatie- en improvisatietalent, maar, minstens zo belangrijk, deed ook een enorme en onverantwoord grote aanslag op de bewegingsvrijheid en privacy van mijn zusje. En op die van mijn meest naaste vrienden. Voor hulp bij het laxeren had ik de wijkverpleging ingeschakeld. Deze hulp was te technisch en bovendien emotioneel te belastend om aan vrienden over te laten. Toch voelde ik me vaak wat ongemakkelijk bij het inroepen van zoveel hulp door vrienden. Ik had steeds sterker het gevoel dat de rollen van vriend, vriendin, partner, zus, vader en moeder slecht combineerbaar waren met die van verzorger.

VRIJHEID STUK

Inmiddels ben ik een aantal jaren verder en verhuisd. Ik vond na afloop van mijn studie een baan. Uitzendkrachten reden mij van en naar mijn werk in een bruikleenauto, die ik inmiddels met hand en tand moest verdedigen tegen inname. De bruikleenvoorzieningen kwamen door bezuinigingen zwaar onder druk te staan. Mijn persoonlijke verzorging is inmiddels geheel geprofessionaliseerd via de thuiszorg; de consequentie was het inleveren van een enorm stuk vrijheid. Voortaan was het om tien uur naar bed. Geholpen worden door een grote en sterk wisselende groep 'vreemden'. Toen ik een serieuze relatie kreeg, werd mijn vriendin door de thuiszorg gezien als mantelzorgster. Wij pasten daarvoor, maar dat heeft een enorme strijd opgeleverd die werd uitgevochten aan de rand van ons - overigens zwaar op de bedrijfsvereniging bevochten want niet noodzakelijk geachte - tweepersonsbed. Een strijd die we uiteindelijk verloren. Ook de thuiszorg moest bezuinigen en had om puur formele redenen de hulp bij het laxeren geschrapt. Om heel an-

dere redenen werd de toch al hoge druk op de mantelzorg (lees: mijn vriendin) zodanig verder opgevoerd dat onze relatie mede daarop is stukgelopen. Voor de hulp bij het laxeren huurde ik noodgedwongen particuliere zorg in die ik nergens kon declareren en startte daarom een juridische procedure. Kort geding en hoger beroep werden verloren omdat de rechters zich niet konden voorstellen dat de thuiszorg geen adequaat alternatief had geboden.

Een televisieuitzending resulteerde in een iets flexibeler opstelling. De procedure om de door mij geleden financiële schade ingevorderd te krijgen loopt echter nog steeds.

Inmiddels is, per 1 juli jongstleden, het persoonsgebonden budget ingevoerd. Ik hoop op professionele basis de vrijheid te kunnen herwinnen die ik inleverde toen ik 'koos' voor thuiszorg via de reguliere instellingen.

NIET TE STUITEN

Dit artikel is toegespitst op de hulp aan mijn lijf en huis, omdat 'wonen' anders onmogelijk is. In de afgelopen jaren zijn ernstige verslechtingen opgetreden in de positie van mensen met een handicap. Onder andere door het niet opnemen in de Algemene Wet Gelijke Behandeling van mensen met een handicap, de invoering van de Wet Voorzieningen Gehandicapten en de niet te stuiten trend om mensen die daar niet buiten kunnen, toch een vermogen aan eigen bijdrage te laten betalen. Onder andere al voor thuiszorg (15% van mijn netto inkomen), hulpmiddelen, woningaanpassingen, vervoer en medische zorg.

Ons zelfs uit te sluiten is een andere trend, zoals van een dekkende begrafenisverzekering. Gehandicapten en chronisch zieken worden - misschien zelfs zonder dat het de bedoeling is - gemarginaliseerd van tweede- tot derderangs burgers.

Het is hoog tijd en van een enorm maatschappelijk belang om op creatieve wijze met de beschikbare middelen om te gaan. Dit kan alleen doelmatig gebeuren wanneer er vanuit, en met ons in plaats van voor ons wordt gedacht en gehandeld.

Drs Th. Zwetsloot is voorzitter van de Stichting Independent Living Nederland, een organisatie van mensen met een handicap, die zich inzet voor een volwaardige positie in de samenleving.

Peter, bijna 30 jaar, woont in een woonvorm voor mensen met een lichamelijke handicap

'Vanaf mijn geboorte ben ik ernstig gehandicapt. Sinds twee jaar woon ik in de Boermarke in Rotterdam.

In zijn soort is de Boermarke wel een goede plek om te wonen, maar ideaal is het niet. Ze stellen wel erg hoge eisen aan je zelfstandigheid. Ze geven namelijk alleen die hulp waar je zelf expliciet om vraagt. Omdat ik bij alles assistentie nodig heb, moet ik elke dag weer vragen om geholpen te worden bij het opstaan, aankleden, eten, planten verzorgen, koffiedrinken of prullenbak legen. Ik zou het beslist handiger vinden als ik maar één keer uit hoefde te leggen hoe ik het graag zou willen hebben.

Een vorige woonvorm was wat dat betreft wat minder 'veeleisend'. Die ligt echter in het oosten van het land, wat familiebezoek moeilijk maakte. Toch heb ik

soms spijt dat ik verhuisd ben, want ik mis mijn beste vrienden en op bezoek gaan is ook niet zo eenvoudig. Ik heb niet alleen binnenshuis, maar ook onderweg assistentie nodig. In principe kan een woonvorm alleen aan de eigen bewoners binnenshuis assistentie verlenen. Toch ziet de Boermarke kans om eens per maand ook assistentie buitenshuis te bieden. Ik waardeer dat erg. Ik kan dan toch af en toe bij mijn vrienden op bezoek. We praten dan over mogelijkheden om met een paar mensen die goed met elkaar kunnen opschieten samen onder een dak te wonen; zelf de hulpverleners aan te stellen en in overleg te bepalen wanneer, waar, welke assistentie nodig is. Dat vind ik ongelooflijk belangrijk.

In de regio Rotterdam komen een aantal projecten rond het persoonsgebonden budget. Ik hoop dat ik aan zo'n project kan deelnemen. Volgende week geef ik een presentatie over de mogelijkheden van het persoonsgebonden budget.

11

LASTIG

Ingrid van de Vegte.

Overlast van burens. Klachten nemen toe, de woningcorporaties beginnen vaker een uitzettingsprocedure. Een laatste kans krijgt wie in ruil voor een huurcontract aan de hulpverlening wil.

Mensen worden uit hun huis gezet. Een huurder geniet huurbescherming totdat de rechter oordeelt dat hij zijn schulden met de verhuurder niet goed regelt of dat hij langdurig aangetoonde overlast veroorzaakt. De aanvrager van een uitzettingsprocedure is meestal de verhuurder, vaak een woningcorporatie. Er vinden ongeveer 2500 huisuitzettingen plaats in Nederland, er wordt een veelvoud daarvan aangevraagd bij de rechter.

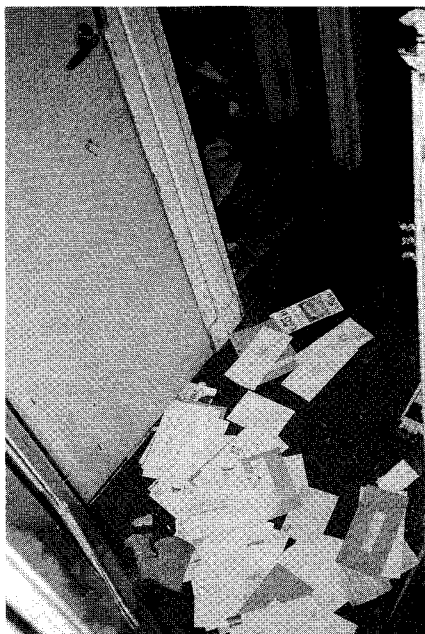
Woningcorporaties hebben van oudsher de plicht huisvesting te bieden aan iedere burger die dat niet zelf kan regelen. Het recht van de ene huurder om rustig te wonen wordt aangetast door een andere lastige huurder. De corporaties vinden meer en meer dat ze moeten

kiezen voor de huurders die last onder vinden en willen hun plicht tot huisvesting van iedereen ter discussie stellen. Uitzetting leidt echter tot nieuwe problemen, mensen worden dakloos en

moeten op zoek naar een ander -tijdelijk- huis. Gaan daardoor soms zwerven en duiken dan op in het hulpverleningscircuit rond dak- en thuislozen.

OVERLAST

Er komen steeds meer klachten over overlast binnen bij corporaties. Uitzetting is soms een goede oplossing voor die ene straat die al lang overlastervaart. Spreiding van druk, nu maar eens ergens anders. Maar waar dan en gaat het daar dan beter, was het wel zo erg en had niemand kunnen ingrijpen? Veel mensen die extreme overlast bezorgen hebben zelf geen behoefte aan hulp of bemoeienis. Ze sluiten zich op in hun eigen wereld en leven daar. Hun burens gaan er aan onderdoor, doen een beroep op hun huisarts, een maatschappelijk werker, de wijkagent. Omdat de overlastveroorzaker geen hulp accepteert wordt er lange tijd niet ingegrepen. Totdat er een extreme situatie ontstaat. Dan gaan de hulpverleners bij elkaar zitten. Om zich een weg te banen door het complexe geval. De sociale dienst sluit aan om schuldsanering in te bren-



gen, de woningbouwcorporatie. om over achterstallig onderhoud te praten en eventuele verhuizing, de Riagg om een inschatting te maken van de geestelijke toestand, en de directe familie, die al jaren eerder hun conclusies trokken. Nadat de ergste overlast verdwenen is, het huis is gereinigd, onderhoud gepleegd en de burens gerustgesteld, zakt de aandacht weg in de drukte van alledag. Na verloop van tijd zijn het weer de burens en de familie die aan de bel trekken. Uitzetting dreigt omdat de rechter zal vinden dat er voldoende

grond is door herhaalde overlast.

NOG ÉÉN KANS

Om sommige mensen iets te bieden na de onontkoombare huisuitzetting is in verschillende steden een tweede-kans-beleid ontwikkeld. De overlastveroorzaker krijgt nog één keer, onder stringente voorwaarden, een nieuwe kans op huisvesting bij een corporatie in de gemeente. Als hij vervolgens niet voldoet aan de vastgelegde voorwaarden vliegt hij er onherroepelijk en definitief uit. Eén van de voorwaarden die meestal

wordt gesteld aan de overlastveroorzaker is dat hij in zijn nieuwe woonsituatie begeleiding accepteert. Hulpverleningsinstellingen gaan dan een contract aan met een cliënt die dat eigenlijk niet wil, maar instemt om een woning te krijgen. Gedwongen hulpverlening wordt zo geregeld via een huurcontract. Er bestaat volstrekt geen juridische basis voor een dergelijke contract. Een beetje hulpverlener beseft dat zo'n gedwongen constructie de vertrouwensrelatie die hij wil opbouwen met zijn cliënt bij voorbaat verziekt.

Mevrouw van Dam

De telefoon gaat bij de GG & GD, meldpunt vervuilde woningen en bewoners. Een bewoner uit de Sassenstraat meldt dat de situatie bij haar benedenbuurvrouw, mevrouw van Dam, nu echt uit de hand loopt. Er zijn daar minstens vijftien katten, het stinkt enorm en ook verwaarloost buurvrouw zichzelf. Verder ontnemen de bomen in de tuin van mevrouw van Dam een aantal burens het zonlicht. De buurvrouw kan er niet langer tegen, heeft slapeloze nachten omdat mevrouw van Dam haar steeds uitdaagt als ze buiten loopt.

Er zijn al eerder ernstige klachten van diverse burens geweest. Mevrouw van Dam heeft geen contacten met hulpverleners, ze verdenkt ze ervan te spioneren in haar woning.

Bij aankomst gaat de casemanager eerst poolshoogte nemen bij de burens. Het huis van mevrouw van Dam ziet er verwaarloosd uit, een raam is kapot en half dichtgetimmerd. De burens vertellen dat de dierenambulance onlangs negen katten afvoerde. De dochter van mevrouw van Dam voelt zich zwaar belast, heeft een slechte band met haar moeder, maar ervaart een plicht om haar te helpen. Ze wordt echter steeds weggestuurd. Ook andere buurvrouwen geven aan veel stress te ervaren. Mevrouw van Dam is 73 jaar.

De case-manager gaat verder op onderzoek uit. Mevrouw van Dam bleek enorm tegengewerkt te hebben, zodoende was er geen groot onderhoud gepleegd. De politie kent de situatie, ook daar kwamen veel klachten. De casemanager arrangeert een gesprek tussen de politie, mevrouw van Dam en zichzelf. Mevrouw van Dam heeft geen goed woord over voor haar huis-

arts, die haar niet netjes behandelt omdat ze zou stinken. Ze wil een nieuwe. Ze is blij dat de 9 katten weg zijn, ze heeft er volgens eigen zeggen nog twee. Ze zegt dat het haar wat boven het hoofd groeide en dat ze nu tot rust kan komen. Ze wil graag in de wijk blijven wonen, liefst éénhoog zodat niet iedereen bij haar naar binnen kan kijken. Ze wil niet onder druk gezet worden. De ramen mogen worden vervangen mits niemand in haar huis komt.

De volgende pogingen van de casemanager om met mevrouw van Dam te praten leveren op dat wat kleine reparaties in het huis worden gedaan, ondermeer het onstoppen van de gootsteen zodat een deel van de stankoverlast verdwijnt. Hij komt echter niet binnen, meestal doet ze de deur niet open of poeiert hem af.

De woningbouwvereniging dreigt te starten met een procedure om mevrouw van Dam uit haar woning te zetten. De casemanager voelt zich machteloos, hij kan niets doen omdat mevrouw van Dam niet geholpen wil worden. Hij besluit het Riagg erbij te betrekken. Misschien is er voldoende reden om mevrouw van Dam met een rechterlijke machting te laten opnemen. Dit blijkt moeilijk, er wordt een ernstige persoonlijkheidsstoornis vastgesteld, maar de verschijnselen zijn niet heftig genoeg om een dwangopname te legitimeren. Misschien een onder curatelestelling?

Er ontstaat een patstelling waarin een tijd lang niks gebeurt. De stank neemt weer toe. Zeven maanden later blijkt de woningcorporatie daadwerkelijk een uitzettingsprocedure te zijn begonnen, inmiddels had mevrouw van Dam een huurschuld van drie maanden. De burens hadden weer geklaagd. De woningcorporatie blijft bij het besluit om uitzetting te realiseren. De casemanager be-

gint meer tegenstand te bieden, met politie, Riagg en inmiddels ook het ouderenwerk en een maatschappelijk werker zint hij op een list. Uitzetting zal immers onherroepelijk leiden tot een zwerfbestaan voor mevrouw van Dam en als ze ergens anders wordt gehuisvest begint het gedonder weer van voren af aan. De woningcorporatie stelt voor dat de zorginstellingen een onder curatelestelling aanvragen voor het woon- en leefgedrag van mevrouw van Dam. Dan en alleen dan zal de corporatie nog een woning voor mevrouw ten Dam beschikbaar stellen. En mocht het dan fout gaan dan zal de corporatie op kosten van de zorginstellingen ingrijpen.

Duidelijk is dat de woningcorporatie niets meer wil doen voor mevrouw van Dam. De hulpverleners zoeken steun bij hun directies, het inschakelen van de pers wordt overwogen, de wethouder wordt ingelicht en de dienst herhuisvesting ingeschakeld. Pas na een reactie van de wethouder wilde de woningcorporatie weer verder praten. Op een laatste bijeenkomst om de uitzetting van mevrouw van Dam te voorkomen wordt uiteindelijk voorgesteld te komen tot een woonbegeleidingscontract. Hierin wordt geregeld dat mevrouw van Dam een ander huis krijgt aangeboden mits zij bereid is hulpverlening door de maatschappelijk werker te accepteren. Inmiddels stelt de rechter de corporatie in het gelijk waar het de overlast betreft en gelast de uitzetting direct volgt. Mevrouw van Dam staat op straat, besluit dan toch maar het contract te ondertekenen, onder protest. Mevrouw van Dam wordt verhuist naar een woning in dat deel van de wijk dat op de nominatie staat om afgebroken te worden. Toevallig tegenover een politiepost.

Toch zijn de ervaringen tot nu toe positief. In Maastricht hadden op 1 januari 1995 ruim dertig mensen een huurbegeleidingscontract. Jan Tegenbosch, coördinator Zeer Moeilijk Plaatsbaren (ZMP) bij de GGD Maastricht: 'Bij een melding van overlast zoeken we uit wat er speelt en roepen zonodig instanties bij elkaar. Het gaat dan om situaties waar sprake is van langdurige structurele overlast als gevolg van gedrag dat als behandelbaar wordt ingeschat. We vormen een indicatiecommissie voor de inschatting of iemand met een hulpbegeleidingscontract geholpen is. Zo ja, dan wordt de hulpverlener van de meest betrokken instelling -die te maken heeft met het meest prominente probleem, bijvoorbeeld bij een verslaving het CAD, bij een psychiatrische stoornis de Riagg- casemanager. Het betreft altijd mensen met een complexe problematiek, waarbij normaal gesproken langs elkaar heen gewerkt wordt.'

In zo'n begeleidingscontract staat welke hulp door wie wordt geboden, garandeert de corporatie dat een jaar lang geen uitzettingsprocedure wordt gestart en zegt de huurder toe de aangeboden hulp te accepteren.

Tegenbosch: 'In de praktijk zie je dat de overlastveroorzaker een duidelijk initiatief waardeert. Ook begrijpt hij vaak wel dat het een zaak van erop of eronder is. Veel van de huurders die overlast bezorgen wijzen eerst hulp af omdat ze geen duidelijke hulpvraag kunnen formuleren. Nu het goed blijkt te lopen, melden de woningcorporaties eerder hun problemen aan, zodat we in een vroeg stadium aan het werk kunnen, voordat de situatie in de buurt uit de hand loopt. Zo kan iemand zelfs soms blijven wonen waar die woont.'

AANTREKKELIJK

Niet gek: ad hoc indicatiestelling, case manager toewijzen, contract tekenen, hulp verlenen, overlast neemt af. Dat klinkt heel aantrekkelijk, zeker ook voor woningcorporaties. Die kunnen hun probleemhuurders aanmelden bij de hulpverleners, dan nemen die een deel van hun zorgen over. Eugène van Wees van de Utrechtse woningcorporatie K77:

'Ja, wij willen in Utrecht ook graag een tweede kansbeleid. Als verhuurders zien we al veel langer dat het geen zin heeft bepaalde huurders uit huis te zetten terwijl je weet dat ze hulp nodig hebben om het ergens anders te redden. Wij kunnen zelf riet beoordelen wie met hulp gebaat is en wie niet. De afdeling bewonerszaken van een corpora-



tie bemiddelt wel bij problemen tussen burens, maar heeft verder ook niets te bieden.

Uiteindelijk houdt onze verantwoordelijkheid op en kiezen we voor de huurders die recht hebben op een rustige woonomgeving. Het gaat om hele droeve zaken, waar mensen echt aan onder door gaan en zelfs verhuizen door de overlast.'

De indruk bestaat dat de corporaties sneller dan voorheen dreigen met huisuitzetting. Er zijn de laatste tijd rechterlijke uitspraken gedaan die uitzettingsprocedures ondersteunen. Zo moest een huis waar gedeald werd ontruimd worden zonder dat er sprake was van aantoonbare overlast en vroegen burens met succes een vergoeding van de woningcorporatie voor hun verhuizing vanwege overlast die ze zat waren.

Van Wees ontkent dat er sprake is van

een veranderende houding van corporaties ten aanzien van overlastsituaties.

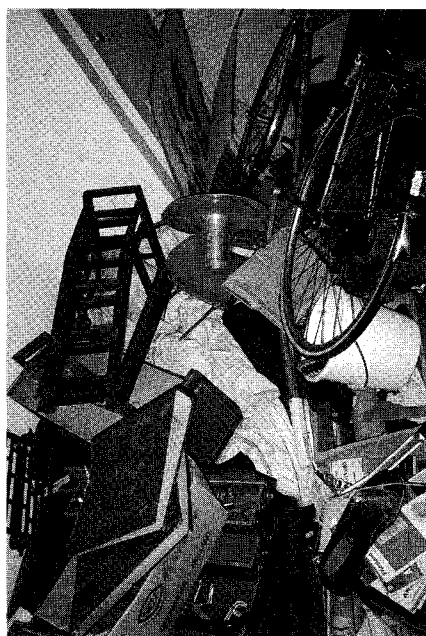
'Nog steeds bieden wij iedereen een huis aan, iets wat andere verhuurders nooit doen en hebben gedaan, we stellen alleen dat het aantal klachten toeneemt en dat we onze huurders moeten beschermen.'

WOONBEGELEIDING

Bij de hulpverlening binnen het tweede-kansbeleid gaat het vooral om praktische begeleiding. In de Maastrichtse praktijk blijken hulpverleners van reguliere instellingen niet vanzelfsprekend een dergelijk hulpaanbod in huis hebben. De problematiek wordt sterk geïndividualiseerd, terwijl vooral de woonomgeving aandacht behoeft, en de hulpverlening is weinig praktisch. Er oog voor hebben dat de cliënt voortaan de vuilnis op tijd buiten zet kan veel ellende voorkomen, terwijl de cliënt oproepen voor een gesprek op de instelling meestal minder oplevert.

Mevrouw van Dam wordt sinds enkele maanden door de maatschappelijk werker begeleid. In het woon-begeleidingscontract is ondermeer opgenomen dat ze niet meer dan haar huidige vier katten mag bezitten.

Jan van Gameren, maatschappelijk werker: 'Ik spreek mevrouw van Dam regelmatig, 1 a 2 keer per week. De begeleiding is heel praktisch en bedoeld om haar uit haar isolement te halen. Rond haar verhuizing kostte het veel tijd, bijna al haar spullen bleken bij de ontruiming te zijn weggegooid. Verder was ik veel bezig met financiële zaken en loop je voortdurend tegen grenzen van andere organisaties aan. Het gaat nu beter dan ik verwachtte. Ik merk dat mevrouw van Dam eraan gehecht is dat ik kom, er wordt beter opgeruimd en ze



maakt regelmatig een praatje op de politiepost. Eigenlijk mag ik iemand maar twaalf gesprekken lang begeleiden. Dat is in dit soort situaties natuurlijk veel te weinig. Het laatste woord over mijn inzet in deze is dan ook nog niet gezegd.'

OVERLAST & TOLERANTIE

Een tweede kans is een laatste kans. De laatste kans om er wat van te maken, in een ander huis, met begeleiding. Daarnaast doen woningcorporaties bij gemeenten en regio's voorstellen om de huisvestingsverordening aan te passen. Mensen die uitgezet zijn door overlast-situaties en die niet aanmerking komen voor een tweede kans -de 'onverbeterlijken' - of die die kans niet aannemen, worden dan niet meer als woningzoekende ingeschreven. In Groningen is de verordening al op die manier gewijzigd. Heb je het echt te bont gemaakt dan kun je je vijf jaar lang niet meer als woningzoekende in de regio inschrijven.

Is er daadwerkelijk sprake van een toename van mensen die ernstige overlast veroorzaken? En is die toename zo fors dat nieuw beleid nodig is om gemeenten van hun algemene huisvestingsplicht te ontslaan en nieuwe instrumenten voor hulpverlening onder dwang te legaliseren?

Er zijn geen cijfers over overlast nu en vroeger. De meeste betrokkenen geven aan dat het vooral om mensen gaat met een psychiatrische stoornis. Mensen die wellicht vroeger werden opgenomen. Uit de cijfers van geestelijke gezondheidszorg blijkt nergens dat er nu minder mensen worden opgenomen dan vroeger. Integendeel, de vraag neemt toe. Wel wordt het aantal chronici in de inrichtingen kleiner en wordt zelfstandig wonen meer gestimuleerd, maar omdat dat, na opname, bijna altijd onder begeleiding gebeurt, is het onwaarschijnlijk dat aan hen een toename aan overlast te wijten valt.

De indruk bestaat ook dat er een afname van de tolerantie ten aanzien van overlast is. De sociale samenhang in buurten is afgenomen, mensen hebben snel last van elkaar omdat ze elkaar niet kennen en niet met elkaar problemen kunnen opvangen. Het welzijnswerk en de (geestelijke) gezondheidszorg gaan niet meer op pad om de problemen daar waar ze spelen vroegtijdig aan te pakken. Waar gekozen is om mensen minder snel uit hun situatie te halen en af te voeren naar een instelling, moet het arsenaal aan bemoeienis en zorg in de buurt aan huis worden uitgebreid.

Arie Draper, casemanager van de GG & GD: 'Het is knap moeilijk werken om niks te kunnen doen, terwijl de elende er voor de persoon zelf en de omgeving van afspat. Wij hebben geen machtspositie, kunnen niks afdwingen, nog geen reiniging van het huis. Ik kan alleen door individueel duwen en trekken samenwerken met andere individuen die iets willen. Op het niveau van instellingen kan er vaak niks. Vaak zit er echt niets anders op dan iemand te dwingen de situatie te veranderen. Ik zou ervoor pleiten dat de Riagg sneller een RM aanvraagt, of dat er juridische mogelijkheden komen om een onder toezichtstelling te regelen. Ik heb instrumenten en rugdekking nodig om te redden wat er te redden valt. Je helpt



mensen echt niet door ze volledig te laten zitten, met hun recht op privacy.'

KRAKKEMIKKIG

Tweede-kansbeleid springt in het gat dat ontstaan is, vergelijkbaar met ontwikkelingen als 'bemoeizorg', gedwongen afkickprogramma' setcetera. Het grote zoeken naar een goede aanpak is al begonnen, de antwoorden zitten vaak nog krakkemikkig in elkaar.

Jan van Gameren: 'Ik heb zelf veel moeite gehad met het contract. Ik ben een hulpverlener die gewend is met mensen op vrijwillige basis te werken. Nu dwing je hulpverlening en woongedrag af via een huurcontract, in deze situatie het enige alternatief voor uitzetting. Die moest voorkomen worden vond ik, er viel genoeg te redden al werkte de woningcorporatie totaal niet mee. Ik werd veel te laat betrokken bij de zaak, en heb het gevoel dat ik heel

veel op het laatst heb moeten opknappen. Ik vind dat er beleid, een protocol, ontwikkeld moet worden waarin duidelijk wordt gemaakt wat in dit soort gevallen te doen. Zaken als een onder toezicht stelling moeten daarbij aan de orde komen. Uit de hoek van hulpverleners heb ik vanwege het 'onder dwang' hele negatieve reacties gehad over het woonbegeleidingscontract. Terwijl de woningcorporatie achteraf heel enthousiast is en voort wil op deze weg, tja voor hun is het een uitkomst als de hulpverlening hun problemen overneemt.'

Er wordt steeds harder geroepen om dwang- en drangmaatregelen. Deze blijken in de praktijk van de begeleiding bij overlast ook effectief, maar waarom deze geen uitzondering laten zijn? Hulpverleners die met de lastigste klanten bezig zijn voelen zich vaak in de steek gelaten, weinig gedekt door hun instellingen en het beleid. Hun roep is wel begrijpelijk, maar zolang er sprake is van uitzonderingen zijn uitzonderlijke oplossingen, en betrokken hulpverleners gewenst. Laat zo'n ingreep uitzonderlijk blijven. Maak er geen beleid van, waar over risicogroepen geschreven zal worden, waar regels worden opgesteld die indruisen tegen burgerrechten en die woningcorporaties en hulpverlening ontslaan van hun taak om per situatie te zoeken naar de meest effectieve oplossing, hoe moeilijk soms ook.

Ingrid van de Vegte is redacteur TGP.

Foto's: GG& GD Utrecht

Rinia (19 jaar) woont sinds een klein jaar in het project 'Begeleide Huisvesting Utrecht'.

'Ik ben van thuis weggegaan, heb sindsdien in internaten gezeten. In een internaat doe je vaak andere mensen na: je gaat stoer doen, mensen pesten, herrie schoppen. Hier heb ik geleerd hoe je op een gewone manier met mensen kunt omgaan. Het is een soort training. Elke week heb je een gesprek met je begeleider over dingen waar je moeite mee hebt. Ik durf nu meer voor mezelf op te komen, ben niet meer bang dat anderen me stom vinden. Je wordt zelfstandiger. We wonen hier in totaal met z'n achten, op de benedenverdieping met drie meisjes. De huur, telefoon, eetgeld en zo betaal ik van m'n salaris. De rest van het geld is van mezelf. Als je hier wilt komen wonen, moet je een aantal dingen al kunnen zoals koken en wassen. Iedereen

heeft een eigen slaapkamer. De keuken, badkamer en de telefoon moeten we met z'n drieën delen. Meestal kook ik voor mezelf, maar één keer per week, als er een huisgesprek is, eten we gezamenlijk. Je krijgt dus met elkaar te maken. Wat dat betreft is het prettig als je met de anderen kunt opschieten, maar soms krijg je toch ruzie.

Als je hier wat langer woont, begin je dingen ook normaal te vinden, terwijl ze dat eigenlijk niet zijn. Bijvoorbeeld het wekelijkse huisgesprek... Dan praten we over hoe het in de groep gaat, of iedereen wel zijn taken heeft gedaan. Ik heb dat soort dingen wel gehad. Op een gegeven moment is het tijd voor iets anders. Ik wil nu zelfstandig gaan wonen. Dan doe je dingen écht voor jezelf, alles wat lukt heb je zelf bereikt. Ik ben daar aan toe, heb het idee dat ik nu volwassen ben. Ik hoef geen begeleiding meer te hebben.'

Janine, 29 jaar, bewoner van een FOCUS-woning.

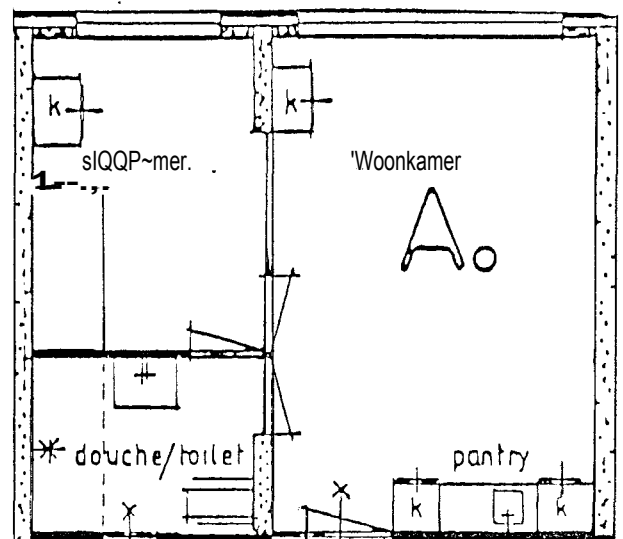
'Ik heb acht jaar in een woonvorm gewoond. Toen ik met mijn vriend wilde gaan samenwonen, moest ik daar weg. De ruimte was ook te krap voor twee mensen. De ADL-hulp was er wel heel goed. Meestal kreeg je binnen een half uur de gevraagde hulp. In de FOCUSwoning duurt dat nu vaak anderhalf tot twee uur.

Wat woonruimte betreft, is dit wel veel beter; ik hoef mijn werk als technisch tekenaar niet meer in de slaapkamer te doen. Je hebt ook meer privacy. Wonen in een gewone buurt is ook een pluspunt. Een groot nadeel vind ik dat ik totaal geen inbreng heb in de keuze van het personeel.

Happy, mijn SOHO-hond, met wie ik bijvoorbeeld zonder begeleiding boodschappen in de buurt kan doen, vinden ze maar niks. Een hond is vies, geeft rommel en stinkt. Net als de buurtbewoners, zijn de meeste ADL-hulpverleners bang voor honden. Ze begrijpen niet hoe belangrijk dat dier voor mij is.

Ook de strakke reglementering is een ellende. Om te eten of drinken in te schenken ben ik afhankelijk van assistentie. Mijn vriend werkt buitenshuis en de burens kun je toch echt niet dagelijks inschakelen. Toch heb ik tijden moeten onderhandelen of een hulpverlener mij een gesneden banaan in mijn yoghurt mocht geven, of alleen apart stukjes banaan en apart een kom yoghurt. Eten bereiden hoort namelijk niet tot ADL-hulp, maar tot huishoudelijke hulp die door de gezinszorg geleverd wordt (een ochtend in de week). Door

dat soort gedoe voel ik me soms een 'ongewenste vreemdeling' in eigen huis. Voor ons houdt wonen nu eenmaal meer in dan een stapel stenen die op de goede plek ligt. Zo gauw het kon heb ik een persoonsgebonden budget aangevraagd. Zodra ik dat heb, kan ik mijn eigen persoonlijke assistentes aannemen en eindelijk mijn eigen huishouden inrichten zoals ik het zelf graag wil.'



BESCHERMD

Tom de Meij

In de sector beschermd wonen is, net als binnen de intramurale geestelijke gezondheidszorg, niet of nauwelijks sprake van wonen. Er dient een volledige scheiding te komen tussen wonen en zorg. Wonen is geen functie van de geestelijke gezondheidszorg, maar een verantwoordelijkheid van volkshuisvesting.

De Landelijke Patiënten Raad (LPR) onderscheidt binnen de sector beschermd wonen drie soorten huisvesting.

Allereerst het traditionele *beschermd wonen*, waarbij huisvesting en begeleiding onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn en uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) betaald worden. De bewoner heeft een beperkt verblijfsrecht dat geheel afhankelijk is van het oordeel van medisch deskundigen. Zolang er een indicatie is, kan hij blijven. Is dit niet meer het geval dan dient hij te vertrekken. De rechtspositie van de bewoner is daarmee bijzonder zwak en zijn afhankelijkheid van de instelling bijzonder groot. Daarbij komt dat hij een verplichte eigen bijdrage dient te betalen voor kost en inwoning van f 900 tot f 1350 per maand, waarna er in de meeste gevallen slechts een zeer bescheiden zak- en kleedgeld overblijft.

In het geval van *begeleid wonen* is er een scheiding aangebracht in de financiering van de huisvesting en de begeleiding. De bewoner beschikt over een eigen inkomen en betaalt zelf zijn huur (eventueel via de instelling, die als onderhuurder functioneert). De kosten van de begeleiding (veelal maximaal enkele uren per week) worden gefinancierd uit de AWBZ. Door middel van een woonbegeleidingscontract zijn huisvesting en begeleiding aan elkaar gekoppeld. Bewoners worden geacht te vertrekken, wanneer begeleiding niet meer nodig is. Soms wordt het verblijfsrecht waarvan in deze situatie sprake is omgezet in woonrecht, namelijk wanneer de instelling de verantwoordelijkheid over de huisvesting overdraagt aan de bewoner(s). Begeleid wonen wordt dan begeleid zelfstandig wonen.

Bij *begeleid zelfstandig wonen* is pas werkelijk sprake van woonrecht. In deze situatie zijn huisvesting en zorg volkomen gescheiden. De cliënt beschikt over eigen huisvesting met een op zijn of haar naam gestelde huurovereenkomst. Hij heeft een vrij besteedbaar eigen inkomen en maakt de huur direct aan de verhuurder over. De instelling is alleen verantwoordelijk voor de begeleiding, die uit de AWBZ betaald wordt.

VOORTAAN BEWONER

De afgelopen decennia is er een verandering opgetreden in de opvang van langdurig hulp afhankelijke personen. Als reactie op de grootschalige psychiatrische ziekenhuizen worden in de jaren zestig de eerste particuliere pensions en hostels opgezet. Deze voorzieningen hebben vooralsnog meer raakvlakken met de maatschappelijke dienstverlening dan met de geestelijke gezondheidszorg. In de nieuwe voorzieningen wordt niet meer behandeld, maar begeleid. De 'patiënt' heet voortaan 'bewoner'.

Mede door de inbreng van de cliëntenbeweging worden door de overheid richtlijnen ontwikkeld met betrekking

tot de omvang, de inhoud en de financiering van instellingen, die zich in de loop der jaren ontwikkelen tot de Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW's). Deze instellingen vormen thans de derde sector binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), naast de Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ) en de Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG). De sector beschermd wonen telt momenteel 38 RIBW's, negen psychiatrische woonvoorzieningen (PWV) en de bij deze instellingen aangesloten projecten voor begeleid (zelfstandig) wonen, dagbesteding en arbeidsrehabilitatie.

In de bestaansperiode van de sector be-

schermd wonen zijn vele beleidsvoornemens gelanceerd met betrekking tot resocialisatie, integratie en rehabilitatie. Een aantal van deze is inmiddels - soms in het kader van zorgvernieuwing - omgezet in concrete zorg en voorzieningen. Op zich een goede ontwikkeling. Wie echter verwacht dat dit ook een positief effect heeft op de rechtspositie in de woonsituatie, komt bedrogen uit.

AMPER WOONRECHT

Hoewel de naam 'beschermd wonen' suggereert dat er sprake zou kunnen zijn van wonen, in de zin van een door een huurovereenkomst gegarandeerde huisvesting, is dit eerder uitzondering dan regel. Van de ongeveer 5700 personen die gebruik maken van de dienstverlening door Instellingen binnen de sector beschermd wonen, beschikt naar schatting slechts 5 à 7 % over woonrecht. Het merendeel van de cliënten bevindt zich in een situatie die gekenmerkt wordt door een verblijfsrecht.

Naar schatting meer dan de helft van de personen die langdurig gebruik maken van intra- en semi-murale instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg (en dat zijn er ongeveer 20.000) heeft een voorkeur voor begeleid wonen of begeleid zelfstandig wonen.

De geschetste ontwikkeling sluit niet aan op de wensen van de cliënten. Zo is uit een enquête van de LPR (1991) gebleken dat 52% van de cliënten die beschermd wonen een andere rechtspositie wil met betrekking tot de huisvesting. Een kwart van de cliënten wil de woonruimte via de instelling betrekken (begeleid wonen) en een even groot percentage geeft te kennen de woonruimte direct te willen betrekken van de verhuurder (begeleid zelfstandig wonen). In totaal geeft dus meer dan de helft van de huidige bewoners te kennen dat zij een of andere vorm van huurrecht wensen. Cliënten geven daarmee uiting aan hun wens tot vergaande zelfstandigheid en zelfbeschikking.

Hoewel uit de bovengenoemde enquête geen harde conclusies getrokken kunnen worden, lijken de uitkomsten overeen te komen met de resultaten van een aantal onderzoeken en toekomstscenario's die de laatste jaren zijn gepubliceerd over de intra- en semimurale sector.

Om een adequaat antwoord te geven op de woonwensen van de gebruikers, zal vanuit de sector beschermd wonen een fundamenteel ander aanbod gedaan moeten worden. De functie wonen zal op termijn afgestoten moeten worden naar volkshuisvesting. De instellingen zullen zich terug moeten trekken als huisbaas of onderhuurder en zich geheel moeten gaan richten op woonbegeleiding en bemiddeling bij het vinden van geschikte huisvesting. Zij dienen de cliënt te benaderen als burgers die een individuele, zelfstandige, en herkenbare wooneenheid bewonen, eventueel binnen een kleinschalig samenlevingsverband. Een dergelijke benadering vraagt om ingrijpende veranderingen op het gebied van de organisatie, de regelgeving en de financiering.

Introductie van eigen inkomen en persoonsgebonden budget bevorderen substitutie van afhankelijke verblijfplaatsen binnen de GGZ naar zelfstandige woonplekken in de maatschappij.

Cliënten dienen over een eigen inkomen te beschikken, zodat zij de door hen gewenste autonomie vorm kunnen geven. Daarmee kunnen zij onder andere de gewenste huisvesting bekostigen. Een andere manier om de zelfstandigheid en de keuzemogelijkheden van de gebruikers te vergroten is de introductie van het persoonsgebonden budget. Dit budget kan binnen daartoe gestelde kaders besteed worden aan het inkopen van zorg bij een door de gebruiker zelf gekozen instelling of voorziening.

Er dient een volledige scheiding te komen tussen wonen en zorg. Wonen is geen functie van de geestelijke gezondheidszorg, maar een verantwoordelijkheid van volkshuisvesting.

Zowel een eigen inkomen als het persoonsgebonden budget zijn belangrijke middelen om de cliënt minder afhankelijk te maken van de instellingen en verstevigen bovendien zijn rechtspositie. Kortom: de afhankelijke cliënt wordt zelfstandig burger en is in staat om naar eigen inzicht te kiezen wat goed voor hem is. Uitzonderingen op het woonrecht dienen beperkt te blijven tot die situaties waarin koppeling absoluut noodzakelijk is en/of cliënten uitdrukkelijk aangeven dit te willen. De intensiteit van de zorg

(b.v. niet meer dan twee uur per week), het soort instelling (RIBW of PWV), het type zorg (beschermd of begeleid wonen) en doelgroepen (oude of jonge mensen) vormen op zich geen criteria. In de situaties waarin huisvesting en zorg gekoppeld blijven, zal de huisvesting in ieder geval moeten voldoen aan de normen van volkshuisvesting. Nu gelden bij volkshuisvesting systematisch hogere normen dan in de GGZ. Wat echter opvallender is, is dat de interpretatie van de normen geheel anders is. Binnen de GGZ worden de normen (van het College van Ziekenhuisvoorzieningen) in het algemeen beschouwd als absoluut maximum (18 m²), terwijl binnen volkshuisvesting de normen (20 m²) veelal worden opgevat als minimum.

Voor verblijfsruimten binnen de GGZ moeten dezelfde normen gelden als voor volkshuisvesting.

De huurprijs dient geheel bepaald te worden door de kwaliteit van de geleverde huisvesting. Hoe beter de accommodatie hoe hoger de huur. Voor de berekening van de hoogte van de huur kan gebruik worden gemaakt van het door de Nationale Woningraad ontwikkelde puntensysteem.

Hansje (46 jaar) woont sinds 1986 in een beschermd wonen project. Ze heeft twee kinderen, die bij haar ex-man wonen.

'Ik ben ruim een jaar opgenomen geweest in een psychiatrisch ziekenhuis, voordat ik in een beschermende woonvorm terecht kwam. In de negen jaar dat ik nu beschermd woon, ben ik nog vier keer verhuisd. De eerste woongroep bestond uit zeventien mensen. Ik was van huis uit een huiselijke sfeer gewend, maar in zo'n grote groep blijft daar niks van over. Je verliest je privacy, je moet je voortdurend aanpassen.

De daarop volgende groepen - in gewone huizen - waren kleiner. Een verademing!

Nu wonen we, mijn huisgenote en ik, alweer ruim twee jaar in deze eengezinswoning in een groene buurt. Ik mag wel zeggen dat ik sindsdien enorm opgeknapt ben. Het contact met de burens is leuk. Ik heb niet meer dat inrichtingsgevoel.

We kunnen het goed met elkaar vinden, wat dat be-

treft is het hier h~gelen all" in om- leg, doen samen het huishouden. Financieel is het geen vetpot, maar we redden het wel. Zo komen er elke vrijdag twee vriendinnen eten. Die betalen gewoon mee.

Wat ik lastig blijf vinden is dat we verantwoording moeten afleggen voor elke cent die we uit geven. We hebben bijvoorbeeld een voedingsbudget. Sta ik bij de kassa van de supermarkt, dan moet ik de etenswaren apart afrekenen. Voor dingen als waspoeder, vuilniszakken en zo, moet ik een apart bonnetje vragen.

Volgend jaar gaan wij over naar begeleid wonen. Dan worden we financieel onafhankelijk van de instelling en hebben we ons eigen inkomen. We blijven wel in dit huis wonen, maar huren het dan zelf. Ik durf die stap nu weer aan. Ik ben in allerlei opzichten veel zelfstandiger geworden en heb die begeleiding niet meer zo nodig. Als ik een gesprek met de begeleiding wil, dan bel ik ze wel.'

SLOTBESCHOUWI NG

Op het gebied van huisvesting wordt binnen de sector beschermd wonen nog lang geen zorg op maat geboden. Ondanks de naam, die woonrecht suggereert, is daarvan niet of nauwelijks sprake. Dit staat haaks op de toenemende behoefte bij de cliënten aan zelfstandige huisvesting, zowel individueel als in groepsverband.

Om het aanbod beter aan te laten sluiten op de wensen van de cliënten zullen op grote schaal verblijfplaatsen in de geestelijke gezondheidszorg omgezet moeten worden in woonplekken in de maatschappij. De verantwoordelijkheid voor de functie wonen zou daarvoor bij de instellingen weggehaald moeten worden om deze onder te brengen bij volkshuisvesting. Een dergelijke ingrijpende verandering stelt andere eisen aan de regelgeving en de financiering. Cliënten moeten beschikken over een eigen inkomen voor hun dagelijkse uitgaven en een persoonsgebonden budget voor het inkopen van zorg.

Naar verwachting zal de sector beschermd wonen voorlopig nog wel de nodige verblijfplaatsen bieden. Voor deze verblijfsruimten zullen de reguliere normen voor volkshuisvesting moeten gelden en het vaststellen van de huurprijs dient geschieden op grond van bestaande rekenmethodes voor kamer- en onderhuur. Zolang er nog verblijfplaatsen binnen de sector bestaan dient ook bemiddeling aangeboden te worden bij het vinden van zelfstandige woonruimte.

Op langere termijn zullen de instellingen zich geheel moeten gaan concentreren op het bieden van woonbegeleiding aan personen die zelfstandig(er) wonen.

Om daadwerkelijk invulling te geven aan de wensen van cliënten met betrekking tot rehabilitatie en integratie, zal de geestelijke gezondheidszorg ook kritisch naar zichzelf moeten kijken. Dit alles onder het motto: rehabiliteer de cliënt, begin bij jezelf.

Tom de Meij is coördinator beschermd wonen bij de Stichting Landelijke Patiënten- en Bewonersraden in de GGZ.

OP STRAAT

Ronald B.J. Smit

Thuisloosheid is geen nieuw verschijnsel. Al voor het begin van onze jaartelling werden mensen beschreven die leefden op de rand van de samenleving. Zo nam Diogenes bewust afstand van alle luxe, hij leidde een eenvoudig, natuurnlijk en vooral schaamteloos leven. Diogenes koos ondanks zijn afkeer voor het wereldlijke voor de zekerheid van woonruimte: een regenton.

Aan het eind van de twintigste eeuw is thuisloosheid minder eenvoudig en eerder 'ongezond' dan 'natuurnlijk'.

Bij Job al was er geen sprake van een bewuste keuze. Zijn lot werd van hogerhand bepaald. Hij verloor voor korte tijd huis en haard, gedwongen bracht hij zijn leven buiten door. Het effect op zijn lichamelijke toestand was desastreus.

'Mijn lichaam is met maden en korsten stof overdekt,

mijn huid klopt en ettert.

Mijn dagen gaan sneller dan een weversspool,

en spoeden ten einde zonder hoop.'

(Job 7: 5-6)

Duizenden jaren beschaving later zijn thuislozen slechter af dan Job. Greep God bij hem uiteindelijk krachtig in, nu zijn thuislozen voornamelijk op zichzelf aangewezen. Het gebrek aan vaste woonruimte heeft, ook bij hen rampzalige gevolgen voor de gezondheid.

ONBEREIKBAAR

Woonruimte lijkt een conditio sine qua non voor het bestaan in deze samenleving. Het ontbreken van adres, postadres en telefoon verstoort het aangaan en onderhouden van iedere relatie. Sterker, thuislozen zijn onbereikbaar. De overheid en allerlei instanties hechten grote waarde aan het bezit van woonruimte. Zonder adres geen uitkering, geen verzekering tegen ziektekosten. Het woord huisarts is in deze context dan ook letterlijk.

Thuislozen lopen noodgedwongen onverzekerd op straat. Op zich is dit geen ramp. Problemen ontstaan als ze ziek worden en een beroep doen op de hulpverlening. Dan blijkt dat onze verzorgingsstaat voor hen niet toegankelijk is. Onder het motto 'no pay, no cure' worden thuislozen teruggestuurd naar waar ze vandaan komen: de straat.

Deze ervaringen stellen thuislozen, vaak opnieuw, teleur in de hulpverlening. Het negatieve wereldbeeld dat ze vaak hebben wordt bevestigd en ver-

sterkt. Het wantrouwen neemt toe. Bij (gedwongen) contact met hulpverleners reageren mensen agressief en veelzeggend: de hulp moet onmiddellijk worden gegeven.

Gezondheidsklachten worden door veel thuislozen gebagatelliseerd. Niet ongebruikelijk aan wie een dak boven het hoofd hebben, onderdrukken zij nogal eens de problemen met een combinatie van alcohol, pillen en drugs.

De hulpverlener, indien wel bereid en gemotiveerd zich in te zetten, is eveneens machteloos. Hij ervaart zowel de ontoegankelijkheid van de reguliere hulpverleningskanalen als het zorgvermijdende gedrag van de thuisloze. De goedwillende hulpverlener is vervolgens geneigd de, strict gesproken eigen, verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de thuisloze op zich te nemen.

ZIEK

Thuislozen zijn, uit bittere noodzaak te overleven, continu in beweging en kennen weinig mogelijkheden van rust. Het leven op straat is keihard en eist al snel zijn tol.

Het tekort aan rust en hygiëne bij thuislozen leidt ertoe dat gewone klachten verworden tot chronische gezondheidsproblemen.

Ziekten verlopen vaak ernstiger en de kans op sterfte is groot. Blootstelling aan barre weersomstandigheden, slechte en eenzijdige voeding en de verminderde lichaamshygiëne ondermijnen de algemene weerstand. De gevoeligheid voor ziekten neemt toe. Een thuisloze kan zich niet veroordelen ziek te zijn.

Ziek zijn verstoort de dagelijks routine van het regelen van allerlei behoeften. De primaire afwijkingen zijn niet specifiek voor de groep thuislozen. Hart- en vaatziekten, respiratoire problemen, neurologische afwijkingen, wonden en afwijkingen aan het bewegingsapparaat komen ook bij de rest in de samenle-

De verpleegkundigen van de GG&GD benaderen deze mensen nu actief en leveren zorg op straat: buitenzorg.

ving voor. Het tekort aan rust en hygiëne bij thuislozen leidt ertoe dat gewone klachten verworden tot chronische gezondheidsproblemen. Longproblemen en hart- en vaatziekten verergeren bij gebrek aan medicatie en slechte omgevingsfactoren.

Er zijn ook specifieke gezondheidsklachten bij thuislozen. Huidafwijkingen bijvoorbeeld treden op na beschadiging van de huid na langdurig krabben (bij ongedierte). Secundaire infecties krijgen zo hun kans. Schurft, wordt opgelopen door contact met besmette lotgenoten. Loopvoeten en schimmel ontstaan door lange wandelingen in natte, krappe schoenen. Door verwaarlozing van wonden ontstaan situaties die in de middeleeuwen thuishoren. Onbehandelde wonden leiden tot verminderd functioneren van spieren of ledematen. Soms geven ze de thuisloze een afschrikwekkend aanzicht.

VAN KWAAD TOT ERGER

De praktijkgevallen, vergaard in Utrecht, spreken voor zich. A heeft nog geen gezondheidsproblemen. Het is evenwel denkbaar dat ze kunnen ontstaan. In een normale situatie zou bedrust erger kunnen voorkomen. A stuurt daar tevergeefs op aan. Bij B wil de hulpverlener meer, omdat B geen verantwoordelijkheid neemt voor haar ziekte. De maatschappij heeft thuisloosheid als normaal verschijnsel geaccepteerd. Verwacht wordt dat thuislozen dan ook initiatief tonen om mee te werken aan een oplossing. C ondermijnt deze gedachte. Zijn veeleisende gedrag heeft een averechts effect. Hij accepteert noch de autoriteit van de arts, noch van andere hulpverleners. De situatie rond D is tekenend voor de huidige passieve houding (angst?) in het zorg- en opvangcircuit om illegalen te helpen. De samenleving reageert alleen bij levensbedreigende situaties. E heeft

niets meer om voor te leven. Op sociale gronden wordt haar leven gered.

De maatschappij kan ook met wettelijke middelen ingrijpen. Hoewel F verzekerd is en toegang heeft tot zorg, wijst ze deze stelselmatig af. Om zichzelf (en de maatschappij) te beschermen wordt ze met dwang opgenomen. Dat dit dwangmiddel willekeurig gebruikt wordt, verduidelijkt het geval van B. Hier was een gedwongen opname niet mogelijk.

Om de gezondheidsproblemen van thuislozen het hoofd te bieden, organiseert de GG&GD Utrecht laagdrempelige spreekuren voor thuislozen. In opvangcentra voor thuislozen worden gedurende vijf dagen per week sociaal-medische zorg geleverd.

Met de concrete aanpak van de klacht begint de zorg pas. Achter de ziekten schuilen vele problemen. Het accent van hulpverlening is in de loop der jaren verschoven van de artsen naar de verpleegkundigen.

De basis van hulpverlening aan thuislozen is het aangaan van een intensief contact zonder verplichtingen.

DAG & NACHT

De groep thuislozen groeit jaarlijks, kent een hoge wisseling en grote verscheidenheid van personen. Het aanbod van opvang- en zorgvoorzieningen verandert noodgedwongen mee. Waar eerst een tijdelijke nachtopvang aan de behoefte voldeed, zijn nu een dagopvang met allerlei functies, sociale pensions en andere laagdrempelige voorzieningen inmiddels ontoereikend.

Binnen de grote groep thuislozen zijn subgroepen te onderscheiden. Een deel van de Utrechtse thuislozen heeft zich verenigd en organiseert zelf nachtopvang met (financiële) ondersteuning van de gemeente. Dit zijn ervaren en mondige thuislozen die in staat zijn hun leven op straat grotendeels in eigen hand te nemen. Daarnaast is er de grote groep zeer kwetsbare individuen, die nauwelijks vertrouwen hebben in de omgeving. Een gedeelte durft zich niet (meer) in genoemde voorzieningen te vertonen. Nieuwe drempelloze voorzieningen, zoals de Tussenbus in Utrecht, worden opgezet ter ondersteuning.

Ook de zorg is aan veranderingen onderhevig. De sociaal medische spreekuren van de GG&GD bleken te passief. De meest kwetsbaren (zogenoemde zorgwekkende zorgvermijders) worden hiermee niet bereikt. De verpleegkundigen van de GG&GD benaderen deze mensen nu actief en leveren zorg op

straat. buitenzorg. Mensen worden gemotiveerd tot het gebruiken van het laagdrempelige zorgaanbod. Bij de reguliere instellingen wordt bemiddeld om toch zorg te leveren die aansluit bij de gezondheidsproblemen of opvangbehoefte van thuislozen. De zorg moet met enige dwang doch gedoseerd gegeven worden, afgestemd op het individu. Het gevaar van verloedering of initiatiefverlies blijft, zo tot een minimum beperkt.

Het totaal van deze buitenzorg is gericht op vermindering van de gezondheidsproblematiek tot een maatschappelijk acceptabel niveau. Anders gezegd: het is de samenleving, i.c. de politiek, die de zorg voor thuisloze, bijna onbereikbare, verwaarloosde mensen op het huidige niveau stelt.

Geconstateerd is dat het leven op straat, zonder huis en adres, een negatief effect heeft op de gezondheid. Zorg is veelal onbereikbaar, omdat thuislozen niet (kunnen) voldoen aan de maatschappelijke eisen of iedere vorm van bemoeienis afwijzen.

Voordat efficiëntere zorg geleverd kan worden, dienen enige obstakels uit de weg geruimd. Herstel van vertrouwen

Herstel van vertrouwen in de hulpverlening en het realiseren van een structurele bron van inkomsten zijn primaire uitgangspunten en tevens onlosmakelijk met elkaar verbonden.

in de hulpverlening en het realiseren van een structurele bron van inkomsten zijn primaire uitgangspunten en tevens onlosmakelijk met elkaar verbonden.

Een netwerk van instellingen moet een cliëntgerichte zorg leveren en de gezamenlijke verantwoordelijkheid hiervoor dragen.

Het aantal thuislozen kan omlaag, we onderscheiden interventie door instroombeperkende en uitstroombevorderende activiteiten. Thuislozen die desondanks geen verandering willen, moeten een beroep kunnen doen op een structurele laagdrempelige zorg. De gemeente heeft een verplichting om deze vorm van bodemzorg te garanderen.

Ronald B.J. Smit is arts coördinator vangnet/thuislozen afdeling MGZ, GG&GD Utrecht.

Mevrouw Jensen, 75 jaar, is alleenstaande en woont in een aanleunwoning.

'Vijf jaar geleden ben ik verhuisd omdat mijn eigen woning veel te groot en bewerkelijk geworden was. Ik vind het prettig dat de woning gelijkvloers gebouwd is zonder drempels. Het huis staat nog vol met spulletjes. Ik kan er moeilijk afscheid van nemen. Duizend gulden per maand is de huur voor een beperkt oppervlak. Veel te duur. Het wonen hier geeft een gevoel van veiligheid. Ik voelde me steeds onzekerder. Alle voorzieningen die ik nodig heb, zijn bij de hand. Toen ik onlangs gevallen was, bleek het toch nog een flinke

klus om iemand te waarschuwen. De alarmering, die is aangesloten op het verzorgingstehuis zit namelijk op een meter boven de vloer waarop ik lag, onbereikbaar. Door tegen de verwarmingsbuis te tikken kreeg ik uiteindelijk contact. Na veertien dagen kwam ik helemaal hersteld weer terug in mijn vertrouwde huisje. Het raampje dat ze hadden stukgeslagen was weer gerepareerd, wel op mijn kosten.

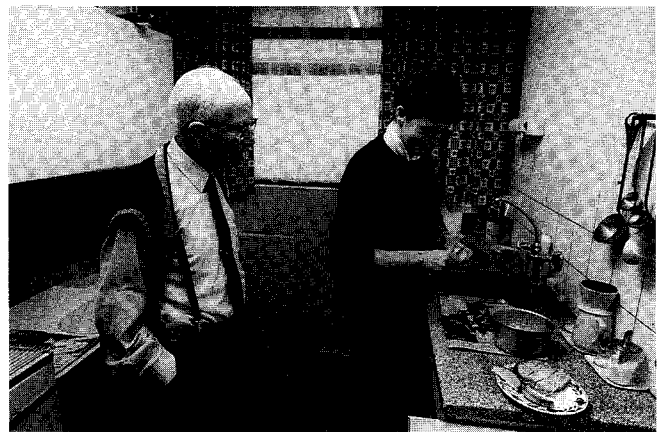
Je zit hier niet echt vrij. Per slot van rekening zijn het allemaal oude mensen die de hele dag niets te doen hebben. Er wordt erg op je gelet, ook als je je eigen gang wilt gaan.'

Mevrouw Las, 74 jaar, woont sinds een jaar in het verpleeghuis.

'Tot vorig jaar heb ik zelfstandig gewoond, maar met de ziekte van Parkinson werd het me steeds moeilijker. Thuis heb je weliswaar je eigen bedoeninkje en ga je toch je eigen gang. Maar ook dan wordt je dag bepaald door al die mensen die over de vloer komen en je met een of ander moeten helpen. Het wassen, het aankleden, het eten, de schoonmaak noem maar op. In mijn goede periode kan ik dat nog wel volgen, maar als ik slecht ga kost het veel energie.

Nu in het verpleeghuis krijg ik toch meer rust. Het valt me mee die overgang. Ik had er erg tegenop gezien en mezelf bezworen zolang mogelijk zelfstandig te blijven. Die meisjes hier werken allemaal keihard en hebben veel geduld met me. Je bent er wel vieren-twintig uur per dag en dat merkje. Je hebt de medebewoners met al hun makke en dat is heel wat. Je slaapt per slot van rekening ook met z'n vieren op een kamer. De een snurkt, de ander heeft pijn, de derde een onrustige nacht. Eigenlijk wachten we allemaal. Soms

migen op bezoek, anderen op de dood. Maar ach, dat is niet anders, dat weet je nu een maal op deze leeftijd. Daar helpt geen lieve moedertje aan.'



Thuiszorg

foto: Jan Boeve

Rinus, 48 jaar, bewoner van een gezinsvervangend tehuis.

'Tot 1986 woonde ik bij mijn ouders. Toen ben ik naar het gezinsvervangend tehuis gegaan. Daar woonden we met 18 mensen. Een jaar geleden ben ik verhuisd naar deze dependance.

Ik ben tuinman en ga elke dag op mijn fiets naar het werk. 's Zomers en 's winters. Een keer in de week ga ik biljarten. Elke zaterdag ga ik naar huis naar mijn moeder. Maar ik slaap altijd hier. De meeste anderen gaan om de week een weekend naar huis.

We wonen hier met negen mensen. Er is ook minder leiding. Overdag is hier niemand. Om halfvijf komt er iemand die blijft tot de volgende morgen halfnegen. Door de week kookt die ook, maar in het weekend koken we zelf. Telkens twee anderen. Ik kook het liefst witlof met ham en kaassaus. Ik heb drie jaar kookles gehad, ~odoende.

Boodschappen doen we ook zelf. Alleen kleding kopen, of meubels of zo, doe ik met iemand van de leiding. Die kast heb ik ook met iemand van de leiding gekocht. Daar kun je nog een stuk aanbouwen. Deze stoelen had ik al.

In mijn eigen kamer kijk ik vaak naar het voetballen op de TV. Soms zit ik ook in de huiskamer, maar vaak ook in mijn eigen kamer. Deze kamer op de begane grond heb ik zelf uitgezocht. Omdat die aan de achterkant ligt is het hier lekker koel als het warm is.

We hebben hier ook allemaal een eigen sleutel van onze kamer en van de voordeur. Je kunt dan meer je gang gaan. Het woont hier wel prettig, maar het liefst ga ik volgend jaar weer verhuizen. Ik zou het liefst met drie mensen in een huis gaan wonen. Alles samen doen, zoals koken, wassen, inkopen doen. Alleen af en toe met iemand anders overleggen over geld en zo.'

SCHOON

Johannes Oosterom

Thuis, in eten, lucht en water, is het niet pluis. Infecties en allergische aandoeningen liggen of zweven op de loer. Buikloop van de buurtbarbecue kenden we al. Nu vragen we uw aandacht voor Legionella uit de douche en Listeria uit de koelkast. Reinigen, reinigen en nog eens reinigen. De praktijk op de dweil' voorbij in het huis van de toekomst.

Hygiëne kun je definiëren als alle activiteiten die de gezondheid en het welzijn van de mens bevorderen of in stand houden. Hiertoe behoren natuurlijk vele facetten van het menselijk leven, maar in deze context zal onder hygiëne worden verstaan de beheersing van microbiologische bronnen in en rond de woning die infectie of allergie bij de mens tot gevolg kunnen hebben.

En een nadere duiding van het begrip 'huis' in dit artikel: elke woning waarin een particulier huishouden wordt gevoerd. Alhoewel er dus vele vormen van huizen afvallen (te denken valt aan verzorgingshuizen of verpleeghuizen, instituten en andere gebouwen waarin mensen gemeenschappelijk in grote groepen wonen en die hun eigen hygiëne-problematiek hebben), blijft er nog een groot scala over; van een eengezinsappartement in een flatgebouw tot een villa met sauna en zwembad.

KNELPUNTEN

Om verbeteringen in microbiologische hygiëne in toekomstige huizen te kunnen bewerkstelligen, moeten we allereerst nagaan wat in de huidige woonsituatie de knelpunten kunnen zijn. Twee belangrijke aandachtspunten komen dan naar voren. Oorzaken van vele infecties en andere gezondheidsklachten in de woonomgeving zijn het voedsel en de voedselbereiding aan de ene kant en allergische reacties ten gevolge van stof, schimmels en huismijten aan de andere. Daarnaast kunnen de warmwatervoorziening en de eventuele luchtbehandeling voor mogelijke problemen zorgen, alhoewel dat vaker voorkomt in grotere gebouwen dan in eengezinswoningen.

Andere mogelijke bronnen in huis leiden in verhouding maar zelden tot problemen, zoals besmetting van sanitaire voorzieningen en microbiologische groei in afval, of zijn niet met techni-

sche middelen aan te pakken, zoals overgevoeligheid voor huisdieren. De situatie wordt natuurlijk anders, wanneer patiënten met een besmettingsrisico van het huishouden deel uitmaken, zoals kinderen met diarree; in dat geval kan bijvoorbeeld besmet sanitair infectiegevaar opleveren en is nauwkeurige ontsmetting op zijn plaats. Daarnaast moet worden opgemerkt, dat voor personen met een verzwakt afweersysteem het besmettingsrisico in de normale woonsituatie kan zijn toegenomen, zodat de beoordeling van besmettingsbronnen in dat geval eveneens anders komt te liggen.

BEDERFELIJK

Schattingen geven aan dat jaarlijks meer dan een miljoen Nederlanders te maken hebben met een maagdarmonsteking ten gevolge van ziekteverwekkende bacteriesoorten in het voedsel. In eerste instantie lijkt dit weinig met de woning te maken te hebben, en het is inderdaad juist dat deze en andere bacteriesoorten vooral met voedsel (rauw vlees, maar ook rauwe groente) het huis binnenkomen om tenslotte, ten dte door onzorgvuldig handelen in de keuken, de eettafel te bereiken. Echter, deze bacteriesoorten kunnen in de keuken kruisbesmettingen geven, besmettingen vanaf het vlees of de groente naar werkoppervlakken, snijplanken, keukengereedschap, koelkasten, vaatdoekjes en handen. En op deze punten zou de aard van oppervlakken en het ontwerp van inrichting en apparatuur een positieve bijdrage kunnen leveren aan de gezondheidsbescherming van degenen die in het huis wonen.

Werkoppervlakken, gereedschappen en apparatuur moeten worden gemaakt van materialen die goed zijn te reinigen en te desinfecteren, en die zo mogelijk ook de aanhechting van vuil kunnen verhinderen. Oppervlakken en gereedschappen dienen vlak, glad en naadloos te

zijn en instrumenten dienen gemakkelijk uit elkaar kunnen worden genomen om alle onderdelen goed te kunnen reinigen. Dit geldt eveneens voor grote apparatuur als mixers, ovens, magnetrons, koelkasten en vaatwassers. Over het algemeen wordt daar bij het ontwerpen nog maar weinig rekening mee gehouden; bijvoorbeeld in het Huis van de Toekomst in het Autotron te Rosmalen zijn maar weinig details in de keuken, het toilet of de badkamer te vinden die mogelijk zijn ontworpen om reiniging en desinfectie te vergemakkelijken.

LISTERIA-KOEL

Bacteriën kunnen zich snel tot grote aantallen vermeerderen indien de omstandigheden gunstig zijn, en sommige bacteriesoorten kunnen dit al bij temperaturen rond de 4 tot 7°C. Dit betekent dat er nogal eens uitgroei van bacteriën in de koelkast kan optreden, speciaal van de bacteriesoort *Listeria*. *Listeria* is een ziekteverwekkende bacterie, die over het algemeen niet erg veel infecties veroorzaakt, maar de ziektegevalen die ontstaan kunnen ernstige gevolgen hebben. Zeker als de koelkast te hoog staat afgesteld (wat heel vaak het geval is), kan *Listeria* bij onvoldoende reiniging en desinfectie uitgroeien op en rond de aanwezige levensmiddelen. Koelkasten dienen daarom niet alleen goed te kunnen worden schoongemaakt en gedesinfecteerd, zij zouden ook moeten zijn voorzien van een goed instelbare temperatuurregeling (die ook op peil gehouden kan worden als de deur vaak opengaat of er veel te koelen eetwaren in worden geplaatst) en liefst zijn voorzien van duidelijk aan de buitenkant afleesbare en geijkte temperatuurregistratie.

Voedselinfecties kunnen voorts worden voorkomen door de mogelijkheid te scheppen van een goede, snelle, homogene verhitte van voedingsmiddelen en een snelle, algehele koeling na verhitten. Speciaal van bepaalde (verouderde) soorten magnetrons is bekend, dat een homogene verhitte nogal eens te wensen overlaat, zodat in bepaalde zones van het voedsel ziekteverwekkende micro-organismen in leven kunnen blijven.

In het huis van de toekomst dient een snelle, door-en-door verhitting van voedingsmiddelen onder alle omstandigheden mogelijk te zijn, wellicht met behulp van sensoren in de oven of de magnetron.

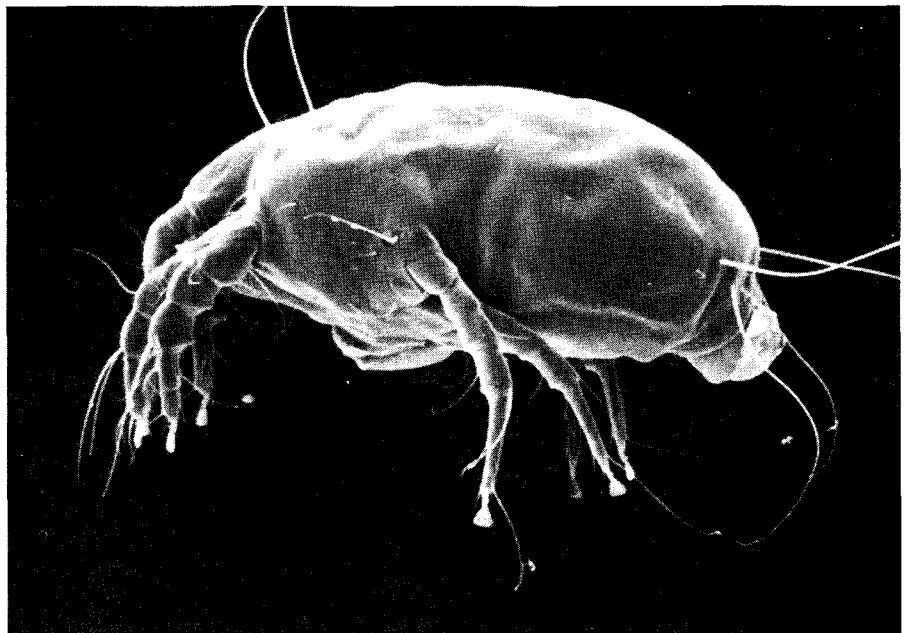
Het is vanzelfsprekend dat de beste technische voorzieningen geen effect hebben als de mens er niet op de juiste wijze gebruik van maakt. Vooral wat betreft de voedselbereiding is dit duidelijk. Barbecues en andere gelegenheden waar risicohoudend voedsel als vlees vaak onder de meest primitieve omstandigheden wordt gehanteerd en klaargemaakt, zijn verantwoordelijk voor een groot aantal voedselinfecties in Nederland.

SCHIMMELS & STOF

Zoals onder andere uit een recent verschenen proefschrift van Adan (1995) blijkt, heeft de tegenwoordige neiging om huizen goed luchtdicht te maken om zoveel mogelijk warmte binnen te houden tot gevolg gehad, dat de luchtverversing te wensen overlaat. Hierdoor wordt het binnenklimaat vaak te vochtig, waardoor schimmelmicrobiële groei in de hand wordt gewerkt. Schimmelsporen in huis kunnen leiden tot allergische klachten. Overigens, maar dat ligt enigszins buiten het terrein van dit artikel, kan een onvoldoende ventilatie ook leiden tot een ophoping van ongewenste gassen (bijvoorbeeld afkomstig uit (nieuwe) meubelen en (nieuwe) vloerbedekking) en tot een verhoging van de radioactiviteit binnenshuis.

In het huis van de toekomst moeten materialen worden gebruikt die weinig stof veroorzaken en weinig stof kunnen vasthouden; dit heeft ook invloed op het voorkomen van de huisstofmijt, waartegen vele mensen een allergie hebben ontwikkeld. Overweging hierbij is ook dat moderne gezinnen steeds minder tijd besteden aan het verzorgen van het huis: men stofzuigt minder dan vroeger.

Het moderne huis moet tevens weinig gelegenheid geven voor het innestelen van ongedierte zoals muizen, kakkerlakken en dergelijke. In het bijzonder spouwmuur, dakisolatie, kruipruimten en punten waar leidingen het huis binnenkomen zouden zo moeten worden ontworpen en geconstrueerd dat ongedierte geen kans krijgt. Maar ook bij de verdere constructie en inrichting moeten hoekjes en kieren zoveel mogelijk worden vermeden en moet de toegankelijkheid voor reinigen (stofzuigen, nat afnemen) worden vergemakkelijkt. Ook hier is in het Huis van de Toekomst te



Huisstofmijt

Rosmalen weinig van te zien. Stofzuigers laten vaak grote hoeveelheden stof door; het zou ideaal zijn als in de toekomst alle huizen zouden zijn voorzien van een vacuüm leidingennet, waarmee het stof werkelijk uit de vertrekken kan worden verwijderd en centraal buiten het huis kan worden opgeslagen.

LEGIONELLA-WARM

Ook de watervoorziening kan hygiënische gevaren met zich meebrengen, zij het meer in grotere gebouwen als ziekenhuizen en verzorgingshuizen, hoewel het in particuliere huizen eveneens niet helemaal uitgesloten. Het gaat hier om de bacterie Legionella, die in water kan uitgroeien als andere bacteriën het allang af laten weten, namelijk bij temperaturen rond de 50°C. Een dergelijke temperatuur kan optreden in warmwaterleidingen die lang zijn, waardoor temperatuursverval naar het gebied van 50°C kan optreden, en die weinig worden gebruikt, dus weinig worden doorgespoeld. Legionella veroorzaakt longontsteking als de bacterie (met waterdruppeltjes) wordt ingeademd, en dus zijn vooral douches en sauna's de meest risicovolle installaties. Het gevaar kan in de toekomst worden vermeden door, naast desinfectie van apparatuur, systemen aan te leggen waarbij water met een temperatuur van meer dan 65°C constant wordt rondgepompt. In dit verband is de voorziene opkomst van zonnecollectoren voor de verwarming van water niet zonder bezwaren; het is de vraag of deze systemen het water voldoende kunnen verhitten om

de uitgroei van Legionella in alle gevallen te verhinderen.

Er bestaat voorts aandacht voor de mogelijkheid om 'afvalwater' in huishoudens te hergebruiken. Dit geldt bijvoorbeeld voor het spoelwater uit wasmachines. In sommige gevallen zal het nodig zijn het water voor hergebruik te desinfecteren. Dit zou kunnen door een UV-behandeling of een behandeling met ozon. Beide methoden zijn vrij ingewikkeld en duur. Het beste lijkt het micro-organismen uit afvalwater te verwijderen door middel van filtratie. In sommige gevallen kan men kiezen voor een warmtewisselaar, zodat alleen het water, maar niet de meegedragen warmte worden afgevoerd.

Tenslotte worden wasmachines en afwasmachines steeds meer op lagere temperatuur gebruikt. Het is de vraag of het ontbreken van water van hoge temperatuur altijd leidt tot voldoende eliminatie van (ziekteverwekkende) bacteriën en andere micro-organismen. Bij het ontwikkelen van moderne waspoeders wordt hiermee overigens al rekening gehouden.

TECHNOLUCHT

In het huis van de toekomst dient veel aandacht te worden besteed aan het versen van de lucht, het afvoeren van vocht, geuren, gassen en stof, in relatie tot het vasthouden van de geproduceerde warmte. Wellicht zijn op dit gebied door middel van elektronica en een aantal strategische geplaatste sensoren grote verbeteringen te verwachten.

Luchtbehandelingssystemen hebben tot

nog toe vaak het probleem dat schimmels en bacteriën zich in de filters kunnen ophopen en bacterieresten in de lucht kunnen brengen waardoor mensen zich onaangenaam gaan voelen. Vooral bepaalde schimmelsoorten kunnen tot allergie leiden (Beaumont, 1985). Goed te onderhouden en te reinigen systemen zijn ook in de toekomst belangrijk, en het blijft essentieel om na te gaan uit welke omgeving men de lucht betreft die het huis zal worden ingeblazen. De problematiek met *Legionella* kan eveneens optreden bij het gebruik van luchtbevochtigers. Hierbij wordt water gebruikt dat langere tijd bij kamertemperatuur wordt opgeslagen en tenslotte als aërosol de lucht wordt ingeblazen. Hierbij kunnen *Legionella*, maar ook andere bacteriesoorten in de omgeving worden verspreid. In het huis van de toekomst dient luchtbevochtiging met gedesinfecteerd water te worden uitgevoerd.

Reinigen en desinfecteren behoren na-

tuurlijk niet tot het huis, maar het zijn wel technieken die dag in dag uit in huis worden toegepast. Ook hierin zijn nieuwe ontwikkelingen waar te nemen, zoals het gebruik van gel die langere tijd op oppervlakken blijft "hangen" om daar een desinfecterende werking uit te oefenen. Bovendien zou reiniging kunnen worden uitgevoerd met behulp van enzymen, die verontreinigingen bij lagere temperatuur kunnen afbreken en verwijderen. Daarnaast zijn coatings en reinigingsmiddelen denkbaar, die schimmelgroei kunnen verhinderen. Maar het belangrijkste is, zoals gezegd, dat bij het ontwerpen van apparatuur, inrichting en ruimten rekening wordt gehouden met een goede reiniging en eventueel uit te voeren desinfectie.

WAARSCHUWING

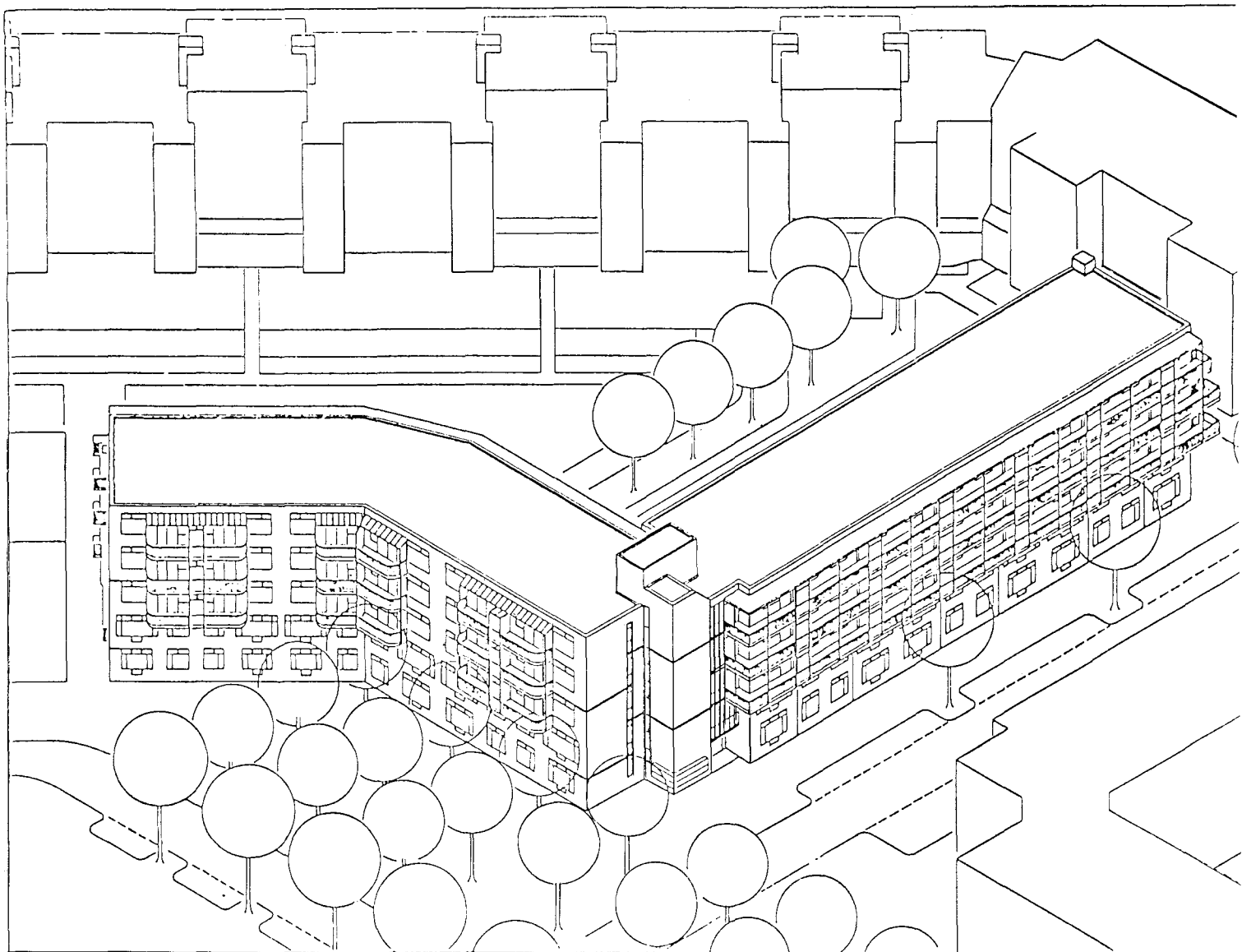
Voedselinfecties en luchtwegallergieën zijn veelvuldig voorkomende aandoeningen, die in het huis van de toekomst zouden kunnen worden bestreden door het toepassen van beter reinigbare ma-

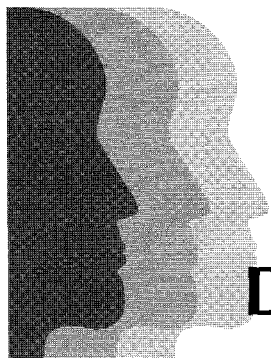
terialen en apparatuur, het garanderen van een goede verwarming en koeling van voedsel en het beter verwijderen van stof. Daarnaast leveren de moderne water- en luchtvoorziening steeds meer problemen op. Bij het ontwerpen van nieuwe systemen op dat gebied dient erop te worden gelet, dat de uitgroei van micro-organismen kan worden verhinderd. Het doelmatig afvoeren van vocht blijft daarbij een belangrijke factor.

Johannes Oosterom is bijzonder hoogleraar Huishoudelijke Hygiëne, vakgroep Huishoudstudies, Landbouwwuniversiteit Wageningen.

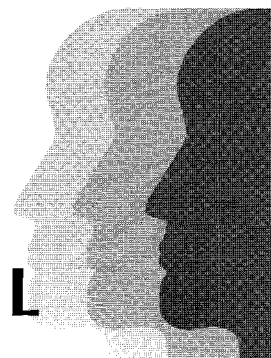
Literatuur:

- Adan, O.C.G. (1995). On the fungal defacement of interior finishes. Proefschrift, Technische Universiteit Eindhoven.
Beaumont, F. (1985). Aerobiological and clinical studies in mould allergy. Proefschrift, Universiteit Groningen.





c o l u m n



DE WVG IS NIET NORMAAL

Vorig jaar namen gehandicapten en gemeenten elkaar in de arm. Vanaf 1 april 1994 kan iedere gehandicapte in de eigen woonplaats hulp aanvragen voor vervoer, de aanschaf van een rolstoel en het aanpassen van het huis. De Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) verplicht de gemeente goed voor haar gehandicapte burgers te zorgen.

Nu de gehandicapten een jaar ervaring hebben met de WVG, kan de vraag worden beantwoord of het voor gehandicapten nu beter toeven is in Nederland dan voorheen. Ik kan niet wachten op de grote evaluatie van de WVG die de overheid in het vooruitzicht heeft gesteld. De aanslag op en armoe onder gehandicapten wordt te groot..

'Gehandicapten zijn in grote financiële nood gekomen' staat in *ZORGvuldig handelen verPLICHT*, een uitgave van het Stedelijk Overleg Lichamelijk Gehandicapten Utrecht (SOLGU). In deze notitie zetten de gehandicapten- en ouderenorganisaties de gevolgen van een jaar WVG op een rij en doen zij aanbevelingen aan de gemeente Utrecht om beter invulling te geven aan de gemeentelijke zorgplicht..

Normaal en zelfstandig leven met een handicap in Nederland kost handen vol geld. Niet dat de handicap daar de oorzaak van is, maar het is de inrichting van de samenleving die zoveel beperkingen oplegt om normaal te leven. Was Nederland zonder drempels gebouwd, waren bussen en treinen makkelijk te gebruiken voor mensen die slecht ter been zijn, waren we in Nederland zorgvuldiger in de omgang met gehandicapten, dan zouden gemeenten, overheid en gehandicapten heel wat goedkoper uit zijn. Nu zijn veel gehandicapten aangewezen op extra financiële steun om toch vrij te kunnen wonen en te gaan waar ze willen. Zij kunnen daartoe een beroep doen op de WVG. Het grootste knelpunt voor gemeenten en gehandicapten is dat er te weinig geld in de pot van de WVG zit om gehandicapten ruimhartig te compenseren voor het ongemak die het leven in Nederland met zich meebrengt.. Dat komt omdat bij de invoering van de WVG ook gehandicapten boven de 65 jaar recht hebben gekregen op vergoedingen. Daarvoor waren deze buitengesloten. Een prachtige rechtzetting van een onrecht dat jaren bestond, maar bijzonder pijnlijk voor gehandicapten zelf. In één klap is de groep gehandicapten verdubbeld die op de WVG aangewezen is, maar de overheid verdubbelde het budget voor de WVG niet.. Erger nog, voorafgaand aan en ter gelegenheid van de invoering van de WVG is er nog flink bezuinigd. Het resultaat is dus dat er gemiddeld per gehandicapte veel minder geld beschikbaar is. Niet voor niets kreeg de WVG de bijnaam *Wet Verwaarlozing Gehandicapten*.

Het was aan de gemeenten om de pijn rechtvaardig over de gehandicapten te verdelen. Van de landelijke overheid kregen ze de ruimte om met eigen bijdragen te gaan werken. En

dat neemt bij menig gehandicapte een flinke hap uit het inkomen. Het gaat zelfs zover dat er gehandicapten zijn die dan maar afzien van de voorziening. Zij kunnen de eigen bijdrage niet opbrengen. Bovendien kon iedere gemeente een eigen beleid gaan voeren om met het beperkte budget alle gehandicapten te helpen een normaal leven te leiden. De grootste slag sloegen de gemeenten door het vervoer voor gehandicapten niet langer op individuele maar op collectieve basis te steunen. Dat haalde heel wat druk van het WVG budget af, maar het normale leven van een gehandicapte komt nu niet verder dan de rondweg van een gemeente. De gemeentelijke busjes rijden binnen de gemeente-grenzen. Overstappen op een busje van de andere gemeente kan niet.. Wie vaak naar de grote stad wil, moet dat maar vergeten.

Nu de gemeenten hun jaarcijfers over 1994 bekendmaken, valt mijn mond open van verbazing. Bijna alle gemeenten bekennen dat zij geld overhouden aan de WVG. En het gaat hierbij om miljoenen! Geld overhouden betekent dat gehandicapten nog minder mogelijkheden hebben gekregen om een normaal leven te leiden. Waar ik me groen en geel aan erger is dat een gemeente als Utrecht (maar zij is niet de enige) vervolgens het lef heeft om voor te stellen dit geld te gebruiken om tekorten elders te dekken. Het heeft de gehandicaptenorganisaties heel wat zweet gekost om dit geld voor gehandicapten te behouden, maar niet dat dit geld aan gehandicapten wordt uitgekeerd. Het geld zit nu in een *WVG-risicofonds*. Mocht de gemeente ooit eens niet overhouden, maar tekort komen dan heeft ze een appeltje voor de dorst..

Gehandicaptenorganisaties in het hele land maken zich nu op om het gemeentelijk WVG-beleid te versoepelen. Het zou een schande zijn als de gemeenten volgend jaar weer miljoenen blijken over te houden, terwijl de overheid dit jaar opnieuw 10% heeft bezuinigd op het vervoer en in 1996 opnieuw 10% zal bezuinigen!

Het SOLGU geeft voorbeelden van de achteruitgang in het inkomen van gehandicapten. Een gehandicapte met een AAW inkomen komt per maand 700 gulden tekort, vergeleken met de voorbeeldbegroting van het NIBUD voor iemand zonder handicap. Een gehandicapte met een netto inkomen van 2.700 gulden per maand komt uit op bijstandsniveau. Normaal leven met een handicap kost veel geld. De inkomensafhankelijke eigen WVG-bijdragen die de gemeenten gehandicapten oplegt, dragen bij aan de armoe. Op bijstandsniveau is dat 186 gulden en als een gehandicapte 'teveel' verdient, vervalt het recht op een vergoeding. Kortom: weg met de eigen bijdragen, extra bezuinigingen op vervoer en starre inkomensgrenzen. Het is van de zotte dat we in een land leven waar het blijkbaar normaal is dat gehandicapten en hun verwanten in armoe moeten leven om een normaal leven te leiden.

Frans van de Pas, lid redactieraad TGP

IN DE BUS

Hans Koenis

Brief uit Boedapest. Op het hongaarse Ministerie van Volksgezondheid is westeuropese expertise ingezet om na decennia verstarring en enkele jaren tumult de eerstelijns gezondheidszorg te vernieuwen.

Hans Koenis, organisatie-adviseur bij Mede te Houten en op persoonlijke titel in TGP, schrijft in zijn derde brief over wetten als officiële werkelijkheid en dienstreizen als verworven recht.

Sinds de fluwelen revolutie van 1989 is een groot aantal standbeelden uit het straatbeeld van Boedapest verdwenen. De eerbewijzen aan de grote leiders van het socialisme zijn van hun sokkels gelicht 'voor restauratiewerkzaamheden', die vermoedelijk niet snel klaar zullen zijn. De zegevierende scharen der arbeiders en de andere voorbeelden van socialistisch-realistische kunstnijverheid zijn verbannen naar een weiland aan de rand van de stad. Daar vormen zij een opmerkelijke toeristische attractie.

De pleinen en straten worden nu weer beheerst door koningen, helden uit een minder recent verleden (al dan niet te paard), schrijvers, componisten en dichters. Onwillekeurig vraag je je af welke beroepsgroep het meest in aanmerking zou komen om de open plekken te gaan vullen.

Juristen maken een goede kans.

De kwaliteiten van Hongaarse regeringen lijken vooral beoordeeld te worden aan de hand van het aantal wetten dat ze produceren. Wetgeving is hier niet alleen zeer gedetailleerd, maar wordt ook beschouwd als de start van nieuw beleid in plaats van de uiteindelijke formalisering van een beleidsproces dat al enige tijd in ontwikkeling was. Dat leidt ertoe dat de huidige regering veel tijd besteedt aan het herschrijven van wetgeving van de vorige regering – en daar was die vorige regering ook al druk mee bezig geweest.

Alleen al voor de onlangs afgekondigde bezuinigingen op de sociale zekerheid moeten vierentwintig wetten worden herzien en dus ook behandeld in het parlement. Maandelijks publiceert het ministerie een officieel bulletin waarin veranderingen in wetgeving en nieuwe decreten op het gebied van de gezondheidszorg bekend worden gemaakt. Dit wordt naar alle betrokkenen gestuurd in de verwachting dat zulks onmiddellijk leidt tot veranderingen in de praktijk van de gezondheidszorg. De meeste artsen hebben het echter al lang opgegeven om dit moeilijke en meestal niet nader toegelichte proza tot zich te nemen. De afstand tussen de officiële werkelijkheid en de echte is dan ook bijzonder groot.

Ook de introductie van de huisarts in het zorgsysteem en de oprichting van het Országos Háziorvosi Intézet, oftewel het Hongaarse Huisartseninstituut, zijn tot stand gekomen door zulke ministeriële beschikkingen. Het Hongaarse huisartseninstituut is dan ook geen onafhankelijke instelling, maar, net als de zesendertig andere Nationale Instituten (voor ieder specialisme één) een onderafdeling van de beleidsafdeling van het ministerie. De directeur wordt benoemd door de minister zelf. Desgevraagd geven deze instituten de minister advies over wetenschappelijke en beleidsmatige aangelegenheden. Maar alleen desgevraagd. Bij de besluitvorming over het beperken van de poortwachtersfunctie van de huisarts werd het Hongaars Huisartseninstituut niet om advies gevraagd. 'Eigen beleidsruimte' en 'professionele autonomie' zijn hier weinig bekende begrippen.

Deze juridische en centralistische bestuurscultuur – waarvan ik me afvraag of de wortels nu liggen in de keizerlijke autocratie van een eeuw geleden of het 'democratisch centralisme' van de laatste vijftig jaar – is natuurlijk een obstakel bij het invoeren van een moderne, professionele en maatschappelijk flexibele eerstelijns gezondheidszorg.

Het aantrekkelijkste onderdeel van het project (althans voor de deelnemers) is een aantal studiereizen naar Spanje, Denemarken en Engeland. Hongaarse hulpverleners en beleidsmakers kunnen zo met eigen ogen zien hoe daar de problemen in de eerste lijn worden opgelost.

In ons goedgekeurde projectplan stond dat ongeveer tien mensen op werkbezoek konden gaan. Maar in de eerste discussie over de uitwerking van dit voorstel werd duidelijk dat daarover op het ministerie iets anders werd gedacht. De directeur van de *Program Management Unit* stelde voor dat minimaal vijfenveertig personen per bus een of twee landen zouden bezoeken, met tussenstops in Oostenrijk en aan de Riviera. Al gauw bleek dat dit geen scherts was, maar een stevig geworteld stukje vakbondstraditie, een Oosteuropese manier om kaderleden tijdelijk aan de knellende banden van bedrijf, partij en andere verplichtingen te laten ontsnappen. Als voorbeeld van een dergelijke aanpak ontving ik een pakket van eisen dat in een ander project was geformuleerd. Hierin stond niet alleen beschreven welke organisaties zouden worden bezocht, maar ook, en wel tot in het kleinste detail, het soort bus, de kwaliteiten van de twee chauffeurs, de maaltijden en de overnachtingsplaatsen.

Op deze manier konden Engeland en Denemarken wel worden afgeschreven, terwijl we juist hier leden voor ons expert-team hadden gewonnen vanwege de interessante aanknopingspunten voor de Hongaarse situatie.

Wekenlange besprekingen volgden vanwege interculturele verschillen van opvatting over vervoer en kennisoverdracht. We kregen voortdurend lijstjes toegeschoven van personen en ministeriële afdelingen die ook moesten worden uitgenodigd; studiereizen leken niet alleen een leermiddel maar ook een smeermiddel. Eindelijk, na langdurig en moeizaam overleg – het boek 'Excellent Onderhandelen' dat we aan alle projectdeelnemers cadeau hadden gedaan bewees hier zijn nut – bereikten we een overeenkomst die voor iedereen aanvaardbaar was. De voorgestelde landen werden geaccepteerd, de groepsgrootte werd bijgesteld, het vervoer gaat per vliegtuig, en er gaan alleen personen mee die in het vervolg van het project een belangrijke inhoudelijke en beleidsmatige bijdrage zullen leveren.

Toen we de eerste kandidaat-deelnemer opbelden om te vragen of hij ook werkelijk kon, bedankte hij voor de eer. Hij had in zijn leven één keer gevlogen en wilde dat graag zo laten.

Hans Koenis

REGIONAAL BETER

Gilles de Wildt

Regio en markt winnen aan belang in de gezondheidszorg. Het publiek heeft meer inzicht in de regionale mogelijkheden voor gezondheidswinst en de sociaal zwakke groepen behoeven een betere bescherming. Taak voor de GGD'en, maar de uitvoering van deze public-health functie vraagt wel wat: meer deskundigheid bij de GGD en aanscherping van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid.

Enkele jaren geleden. Een bijeenkomst van medewerkers van een ziektekostenverzekeraar en een GGD, het gesprek komt op het selecteren van patiënten in een stelsel met marktwerking. 'Mensen die zich bij ons willen verzekeren weigeren, dat zal niet mogen', zegt de verzekeraar in een openhartige bui. 'Maar selecteren blijft mogelijk. Neem een jonge man of vrouw met diabetes uit een sociaal achtergestelde groep. Als die zich bij ons meldt dan kunnen we zeggen: "Weet u wat u moet doen? Naar dat andere ziekenfonds gaan, dat helemaal op uw achtergrond is ingesteld en bovendien een kantoor bij u om de hoek heeft." Zo zijn er meer subtiele en minder subtiele manieren om selectief te werven. Bijvoorbeeld het opnemen van screening op baarmoedershalkanker of fitness en daarmee adverteren. Dat trekt *lage risico's*aan: jonge, relatief goed opgeleide en gezonde mensen'.

CONCURRENTIE

De gezondheidszorg in Nederland verandert. Ziektekostenverzekeraars fuseren met het oog op concurrentie en zorgaanbieders bereiden zich voor om op te treden op de markt. Dit is een scherpe breuk met het verleden, al wordt de concurrentie-soep niet zo heet gegeten als hij werd opgediend. De landelijke overheid wil decentraliseren en beleid en beheer van de gezondheidszorg in handen leggen van partijen op het regionale niveau. Eerdere pogingen daartoe, zoals die beoogd in de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, leverden weinig op.

Nu heeft de regering een regiovisie ontwikkeld. Lagere overheden dienen samen te werken met zorgaanbieders, verzekeraars en consumenten. Ook stelde de minister zich vorig jaar op achter het plan om de ouderenzorg regionaal te besturen (voorstel commissie Wel-schen).

Het verwezenlijken van een regiovisie is een tweede breuk met het verleden. Voorheen was het vooral de landelijke overheid die gezondheidsbeleid stuurde middels wetten en aanwijzingen en die beleidsrelevant onderzoek door instituten en universiteiten stimuleerde.

Financiering en inhoud van de zorg gaan per regio vastgesteld worden. Elke regio heeft zijn eigen specifieke bevolkingsopbouw, naar leeftijdsverdeling, sociaal-economische status en ethniciteit. Dat kan een financieel ongunstige case-mix van patiënten opleveren en bijzondere eisen stellen aan preventie. Het kan dan wenselijk zijn per regio of verzekerde verschillende normuitkerin-

Dat kan een financieel ongunstige case-mix van patiënten opleveren.

gen te hebben. De marktwerking in de regio kan ongunstig uitvallen voor sommigen, in casu sociaal zwakkeren. Want zij vertegenwoordigen de relatief grootste risico's en kosten. Ze kunnen voor verzekeraars en voor aan een budget gebonden verstrekkers van zorg financieel minder aantrekkelijk zijn en een reden om selectief te gaan werven.

GEHELE BEVOLKING

In zo'n situatie is gedetailleerde kennis van de regionale demografie en morbiditeitspatronen erg belangrijk, evenals een scherp inzicht in de huidige en toekomstige mogelijkheden van preventie en zorg. Het beleid dat verzekeraars, de overheid en anderen hierop kunnen ba-

seren, heeft immers enorme financiële en gezondheidskundige consequenties. Daarom is expertise nodig op het gebied van de *public health*, waarbij het perspectief op de gehele bevolking voorop staat, en niet zozeer het individu. Essentieel is de combinatie van wetenschap en kunst van gezondheidsbevordering en ziektebestrijding. Te bepleiten valt dan ook dat juist mensen met veldervaring, zoals artsen of GVO'ers, hun public health deskundigheid vergroten met daartoe gerichte opleidingen of cursussen.

Bevordering van public health betekent toegang tot technische expertise, een multidisciplinaire benadering, pragmatisme en een zeker vermogen tot beleidsbeïnvloeding.

Een voorname taak van de public health is het leveren van kwalitatief hoogwaardige informatie. Die informatie moet verzameld en aangeboden kunnen worden zonder voorselectie op grond van politieke opportuniteit..

Wie moet de public health expertise op regionaal niveau beheren? Op een symposium over lokaal gezondheidsbeleid, in mei 1994 te Rotterdam, opperde prof. Schnabel (decaan van de Netherlands School of Public Health, NSPH) dat neutrale instanties als GGD'en die het openbaar belang nastreven de public health taak heel goed op zich kunnen nemen.

Mij, voormalig GGD-medewerker, spreekt die suggestie wel aan. GGD'en zouden veel moeten bijdragen aan het maken van rationale keuzes ten aanzien van regionale preventie en zorg.

Echter, zo'n rol stelt eisen. GGD'en dienen voldoende expertise te verwerven door het aantrekken of bijscholen van functionarissen. Hiervoor moeten GGD'en bereid zijn in de buidel te tasten - naar het voorbeeld van ziektekostenverzekeraars die al enige tijd public health experts weten aan te trekken.

Er zijn enkele grote GGD'en, bijvoorbeeld de Rotterdamse en Amsterdamse, die in staat geacht moeten worden om ook op regionaal niveau een sterke public health inbreng te leveren, ondersteund door langdurige contacten met universiteiten en onderzoeksinstituten omtrent lokaal beleidsrelevant onder-

zoek. Ook enkele kleinere GGD'en kunnen op deelterreinen een belangrijke inbreng leveren. Voor de regio's waar GGD'en niet een adequate public health rol kunnen vervullen, kan een stichting een alternatief zijn, waarin gemeente met GGD, zorgaanbieders, verzekeraars en publieksgroepen deelnemen.

COMPETITIE

Niet alleen expertise is belangrijk, maar ook een duidelijke plaats van de public health binnen de regionale ambtelijke instellingen en democratie. Wat dit betreft bevinden we ons in een overgangssituatie en zijn nieuwe rollen nog niet uitgekristalliseerd.

GGD'ers dienen voldoende expertise te verwerven.

De Wet Collectieve Preventie, die de rol van GGD'en beschrijft, is buitengewoon vaag en biedt weinig houvast. Daarnaast is er de moeizame, want vaak competitieve, verhouding tussen volksgezondheid-inhoudelijke functies en het, relatief steeds groter wordende, ambtelijk management binnen een gemeente. Ook de rolverdeling tussen politiek bestuur en de public health sector is niet duidelijk.

Public relations, image building: de steeds grotere nadruk op de beeldvorming van ambtelijke beleidssectoren zie je behalve bij de rijksoverheid ook op lagere niveaus. Vakinhoudelijke sectoren worden vaak eraan ondergeschikt gemaakt. Bovendien zijn er overal, met de regelmaat van de klok, reorganisaties. Deze hebben dikwijls als doel de balans tussen de beide sectoren te herstellen en te bezuinigen, maar leveren vaak paradoxale effecten op. Bezuiniging leidt tot strijd om de schaarse middelen en daarbij worden de twee sectoren -beleid en management aan de ene kant, inhoudelijk werk aan de andere- concurrenten. Beleid en management winnen vaak de slag, getraind als zij zijn in het onderhandelen en het analyseren van krachtsverhoudingen en dankzij hun korte afstand tot het politiek bestuur.

Reorganisaties resulteren ook zelden in een heldere afbakening van de rol van

de public health. De public health werker moet vooral een *professional* kunnen zijn, en niet zozeer een hiërarchisch gestuurde ambtenaar. Hij moet informatie kunnen verzamelen en aanbieden op grond van professionele inzichten, niet gehinderd door politieke voorselectie of bestuurlijke loyaliteiten. Een voorbeeld van hoe het niet moet: in het Epidemiologisch Bulletin van de Haagse GGD werd vorig jaar verslag gedaan van een inspectie van gemeentelijke peuterspeelzalen, uitgevoerd door de afdeling Jeugdgezondheidszorg. Niet alles was in orde. De plaatselijke pers besteedde uitgebreid aandacht aan deze tekortkomingen - die de gemeente op kosten konden jagen. Deskundigen op het gebied van de volksgezondheid meenden dat het hier ging om een routine van uitvoering van eigentijds volksgezondheidsbeleid. Het leek niets bijzonders, het had niet de zware politieke lading van bijvoorbeeld het advies van de Rotterdamse GGD over gezondheidsschade bij uitbreiding van het vliegverkeer.

Het Haagse gemeentebestuur en hoog ambtelijk management dachten daar anders over en de indruk ontstond dat zij zeggenschap verlangden over wat wanneer gepubliceerd mag worden, al naar gelang de politieke opportuniteit. Zij oefenden aanzienlijke druk uit om dit te bewerkstelligen en creëerden zo een ongunstig klimaat voor de serieuze uitoefening van public health. Waartoe intensieve bemoeienis van de overheid bij afwezigheid van voldoende checks and balances kan leiden, laat Groot-Britannië zien, waar het British Medical Journal spreekt van stalinisme in de National Health. (Zie TGP 95/1, Signalementen buitenland. Red.)

KLEIN, WALT

Overigens kent in veel landen de centrale overheid meer verantwoordelijkheid toe aan lagere overheden en brengt die daarmee in moeilijkheden. De beleidsdeskundige Klein wijst erop (1) dat regeringen in de naoorlogse periode van economische groei graag lof ontvingen voor de verbeteringen die toen mogelijk waren. Meer recent valt de economische groei tegen en ligt de nadruk op het decentraliseren van verantwoordelijkheden. Schuld voor het onvermijdelijke tekortschieten komt daar dan ook terecht.

Bovendien, beleid komt niet steeds rationeel tot stand maar is vaak het resultaat van 'muddling through' (aanrommelen) volgens gezondheidsbeleidsdeskundige Walt. (2).

Decentralisatie, hier regionalisering, kent kinderziektes zoals in het Haagse voorbeeld. Mits goed verwerkt kunnen die leiden tot een meer volwassen ontwikkeling van lokaal bestuur, lokale democratie en eigentijds gezondheidsbeleid met participatie van het veld. Het gevaar bestaat echter dat lokale overheden in de fase van de kinderziekten blijven steken.

Twee ontwikkelingen kunnen dit tegengaan en een zo rationeel mogelijk regionaal en lokaal gezondheidsbeleid bevorderen waarin ook het veld kan deelnemen - ondanks de constatering dat beleid maken net zozeer een kwestie van aanrommelen is als een stapeling van rationele keuzes. Ten eerste: uitbreiding van de expertise op het gebied van de public health. Ten tweede: het scheppen van een heldere plaats en functie voor de public health, met bescherming tegen de druk van de politieke opportuniteit, ambtelijk management en de reorganisatiecultuur. Dat kan door de public health binnen het gemeentelijk of regionaal apparaat een statuut te geven waarin zaken als kwaliteit en openheid centraal staan, of door de public health anderszins op enige afstand te zetten. De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid is ontoereikend en behoeft aanvulling of een alternatief waarin de functie van de public health wordt aangescherpt.

Gilles de Wildt is sociaal-geneeskundige en werkte als arts-epidemioloog bij de Haagse GGD. Daarna was hij Lecturer in Public Health Medicine aan de Universiteit van Newcastle upon Tyne en sinds kort werkt hij als huisarts in opleiding in Birmingham (UK).

Noten

1. Klein RE, geciteerd in: Harrison S, Pollit C. Controlling Health Professionals. The future of the work and organisation of the NHS. Open University Press, Buckingham Engeland, 1994
2. Walt G. Health Policy. An introduction to process and Power. Zed Books, London, 1994.

SIGNALEMENTEN

door Joost van der Meer

MENSENRECHTEN

Hoewel in het openbare debat de laatste tijd wellicht de indruk ontstaat dat vluchtelingen hier voornamelijk als een hinderlijk soort vliegen op de zoet geurende stroop van de welvaart afkomen, is kortstondige raadpleging van de nieuwsmidia voldoende om te constateren dat de meeste van de 18 miljoen vluchtelingen op deze wereld de wijk nemen voor de stank van oorlog en ontbinding. Niet zelden zijn zij in hun vaderland persoonlijk vervolgd of gemarteld. Over de betrokkenheid van artsen daarbij is eerder in dit tijdschrift gepubliceerd.

De Amerikaanse artsenorganisatie American College of Physicians vindt dat werkers in de gezondheidszorg (en in het bijzonder artsen) een grotere rol moeten gaan spelen in het tegengaan en voorkomen van willekeurige opsluiting en marteling. De organisatie formuleerde een standpunt en stelde een plan voor actie op dat verscheen in *Annals of Internal Medicine*.

Het is vaak een dokter die voor het eerst in aanraking komt met een vluchteling; de arts moet dus symptomen van marteling kunnen herkennen, of deze nu oud zijn of recent. Omdat in de huidige wereld mensen continu migreren, zal het steeds minder een zeldzaamheid worden dat een arts in aanraking komt met de gevolgen van marteling. Vijf tot tien procent van de niet in de VS geboren personen in een grote stad is ooit gemarteld, aldus Amerikaans onderzoek.

Niet alleen kunnen artsen slachtoffers van foltering een dienst bewijzen door adequaat te behandelen of te verwijzen, ze kunnen ook hun expertise aanwenden voor asielverzoeken, rapporten en missies voor mensenrechtenorganisaties. Ook kunnen ze collega's in het buitenland ondersteunen die zich - vaak met gevaar voor eigen leven - inzetten voor de mensenrechten in hun land. Onderzoekers kunnen hun deskundigheid kwijt in het opzetten van gedegen epidemiologisch onderzoek naar schending van mensenrechten, aldus de Amerikaanse artsenorganisatie. Hoewel de laatste 20 jaar er veel meer

aandacht van de medische professie voor mensenrechten is gekomen, kan er nog wel het één en ander verbeteren. Enerzijds gaat dat om de klinische aspecten van het werk. Herkenning en behandeling van slachtoffers (of zoals men in het stuk zelf schrijft: overlevenden) zou betere kunnen zijn. Bij- en nascholing is eigenlijk dringend nodig, maar in Amerika zijn weinig cursussen die artsen klinische en andere vaardigheden bijbrengen wanneer zij overlevenden van marteling behandelen. Anderzijds zou ook de preventie van marteling gediend zijn met woorden en daden van artsenzijde. In het eerste geval gaat het om duidelijke standpunten van de beroepsgroep over schendingen van mensenrechten, in het tweede geval gaat het bijvoorbeeld om het meedoen aan en organiseren van fact finding missions. American College of Physicians onderzocht de mensenrechtensituatie in Soedan en beschreef de bevindingen in een bekend medisch vakblad. Publikatie over zulke missies in een internationaal gelezen tijdschrift zou eigenlijk altijd moeten plaatsvinden, meent de organisatie.

American College of Physicians. The role of the physicians and the medical profession in the prevention of international torture and in the treatment of its survivors. Annals of Internal Medicine 1995;122:607-613.

POLITIEKE EPIDEMIE

In 1992 en 1993 woedde er een epidemie van een mysterieuze aandoening op Cuba die relatief weinig publiciteit.

kreeg en die ongeveer 50.000 mensen trof; het optreden van de epidemie was voornamelijk politiek.

Het begon allemaal in november 1991. In de landelijke provincie Pinar del Rio meldden zich acht mannen van middelbare leeftijd met pijn in voeten en handen en een snel afnemend gezichtsvermogen. Vanaf dat moment kwamen steeds meer van dit soort gevallen aan het licht, en in juli 1992 waren in de provincie 168 gevallen bekend. Tegelijkertijd werden ook in andere provincies van Cuba steeds meer patiënten gezien met vergelijkbare symptomen. De aandoening bleek niet dodelijk, hoewel uiteindelijk een zeer klein percentage van de patiënten min of meer ernstige restverschijnselen bleef houden.

De autoriteiten tastten aanvankelijk in het duister over de oorzaak van de ziekte. Om daar achter te komen startte men een grootscheeps onderzoek. Daarbij werden ondermeer alle 18.000 huisartsen op Cuba ingeschakeld, hetgeen door de toegenomen aandacht voor het ziektebeeld leidden tot een stortvloed van nieuwe gevallen. De epidemie trok een zware wissel op de gezondheidszorg en op de hele economie. Er waren 30 procent meer ziekenhuisbedden no-



dig, er moesten met spoed medicijnen worden ingevlogen en diagnostisch materiaal en chemicaliën moesten ondanks de economische boycot op grote schaal in het buitenland worden ingekocht.

Aanvankelijk dachten de autoriteiten dat alcohol- en tabaksmisbruik of pesticiden het ziektebeeld veroorzaakten. Nader onderzoek bracht aan het licht dat de ziekte vooral samenhang met onregelmatig eten en met gebrek aan vetten, dieetlijke eiwitten en vitamine B houdend voedsel. Later bleek dat de gemiddelde Cubaan een dieet had dat 816 kilocalorieën per dag bevatte, 41% van de behoefte, volgens de (amerikaanse) norm. Verder kreeg men volgens dit onderzoek 36% van de norm aan eiwit, 6% van de dagelijkse vitamine A behoefte, tussen 20 en 40% van de dagelijks noodzakelijke vitamine B en minder dan 1% van de dagelijks aanbevolen hoeveelheid vitamine D.

Het geven van vitamine B en enkele andere voedingssupplementen had volledige genezing tot gevolg, reden waarom het ministerie van Gezondheid besloot alle elf miljoen Cubanen te voorzien van multivitaminenpreparaten. Hierdoor verdween de epidemie razendsnel.

Bij nader inzien bleek het ziektebeeld ook niet zo mysterieus. Het bleek om een bekende aandoening te gaan die uitstekend beschreven was bij krijgsgevangenen in Japenkampen en bij krijgsgevangenen in de Koreaanse oorlog: 'kampblindheid'.

Hoewel Cuba niet in oorlog was, heerste er wel een oorlogsachtige situatie op het eiland, bekend als de *periodo especial*. Deze werd veroorzaakt door een aantal politieke omstandigheden, zoals het wegvallen van de ter ziele gegane Sovjet-Unie als handelspartner, waardoor Cuba 85% van de importen tegen wereldmarktprijzen moest gaan kopen. Een acute deviezen deficiëntie leidde mede tot de voedingsdeficiëntie.

Daarbij kwam dat in 1992 het dertig jaar oude economische embargo van de VS tegen Cuba verder werd dichtgespijkerd met het Torricelli-amendement (Cuban Democracy Act). Dit amendement verbiedt handel met Cuba door buiten de VS gevestigde dochterondernemingen van Amerikaanse bedrijven. Feitelijk werd de boycot hiermee een blokkade voor sommige voedingsmiddelen en geneesmiddelen.

Hoewel de auteur die de epidemie heeft onderzocht de boycot niet als primaire oorzaak wil aanwijzen, heeft hij als ver-

tegenwoordiger van de WHO op Cuba de situatie als zeer onrechtvaardig ervaren. De epidemie trof een bevolking die niet in oorlog was. Hij meent dat de VS terwille van de mensenrechten de boycot niet meer vol kunnen houden, temeer daar de koude oorlog is afgelopen. In dat licht zijn immers ook de betrekkingen met een land als Vietnam genormaliseerd.

Ook de Amerikaanse Academy of Neurology en de organisatie van artsen in Florida bepleiten opheffing van het embargo, tenminste voor voedsel en medicijnen. Ondanks deze oproep van artsen om de situatie open te breken, staat conservatief Jesse Helms al klaar in de Senaat om het embargo zelfs nog een slagje strakker aan te draaien.

Román Ge. On politics and health: an epidemic of neurologic disease in Cuba. Annals of Internal Medicine 1995;122:530-533.

ONDERZOEKSDEELNEMERS

Op 5 september 1990 keken vrouwen met borstkanker die deelnamen aan een onderzoek naar alternatieve therapieën met stijgende verontrusting naar het BBC-nieuws van die avond. Het nieuws maakte bekend dat vrouwen die onder behandeling waren bij het Bristol Cancer Help Centre, twee keer zoveel kans hadden om dood te gaan en drie keer zoveel kans op opleving van hun ziekte. Voor zover zij wisten was de studie echter nog niet afgerond (zij moesten nog tenminste één vragenlijst invullen), had niemand hen bedankt voor de medewerking en was met geen van hun over de resultaten gesproken, laat staan dat er toestemming gevraagd was deze voortijdig te publiceren. Zij snapten er niks meer van, gingen over tot actie en behoorden daarmee tot de selecte groep patiënten die de resultaten aanvochten van een studie waar ze zelf aan meewerkten.

Terecht, naar later bleek. De vrouwen die de moeite namen naar Bristol te komen bleken als geheel tot een ziekere groep te behoren dan de groep met wie ze werden vergeleken.

Hoewel het kwaad natuurlijk al was geschied, had de rel één gunstig neveneffect: de discussie om patiënten meer te betrekken bij zowel vraagstelling, uitvoering als rapportage van onderzoek was een feit. Het *British Medical Journal* (BMJ) hield onlangs een krachtig pleidooi voor een grotere inbreng van patiënten bij onderzoek. Tenslotte was het de moeder van een DES-dochter die voor het eerst het verband suggereerde

tussen de kanker van haar dochter en het medicijn dat zijzelf in de zwangerschap had genomen. 'Leken' kunnen niet alleen zinnige vraagstelling bedenken, ze kunnen ook helpen de bestaande vraagstelling in perspectief te plaatsen. Zo werd één der auteurs er door zijn proefpersonen fijntjes op gewezen dat het hen worst zou wezen of de kans op een baby zonder epilepsie zou stijgen van 99,6% naar 99,8%, laat staan dat ze daarvoor enige belangstelling zouden hebben als ze tijdens de bevaling langdurig aan allerlei apparaten bevestigd zouden zijn. En vrouwen in Irian Jaya vroegen zich met reden af of de grotere baby's die zij zouden krijgen doordat hun malaria werd bestreden, meer problemen zouden geven bij het baren.

Behalve dat groepen patiënten, dan wel consumenten, lastige vragen stellen, blijkt dat zij regelmatig stimuleren tot deelname aan onderzoek. Bij een onderzoek naar de gevolgen van de vlokentest (een diagnostiek op aangeboren afwijkingen), riepen enkele patiëntenorganisaties op tot deelname, omdat het voor zowel onderzoekers als consumenten van belang was snel en duidelijk antwoord te krijgen op de vraag of deze (destijds nieuwe) techniek veilig genoeg was; een voldoende aantal deelnemers is daarvoor van groot belang.

Volgens het BMJ zal grotere betrokkenheid bijna zeker leiden tot zinvollere vraagstellingen en frisse ideeën over welke vorm van gezondheidszorg of aan welke techniek meer onderzoek verdient.

Verder zou het de onderzoekers sieren als ze aan het eind van het onderzoek ook een samenvatting van de resultaten aan de deelnemers verstrekken, aldus het Britse artsblad. Sterker nog, eigenlijk zouden deelnemers als eerst van de resultaten moeten horen. Het BMJ voegde daad bij woord en is - om te beginnen - met onderzoekers, werkgevers en vakbonden overeengekomen dat het de resultaten van onderzoek naar arbeidsrisico's in de nucleaire industrie alvorens tot publikatie over te gaan eerst aan de werknemers zal voorleggen.

Goodare H, Smith R. The rights of patients in research (editorial). BMJ 1995;310: 1277-1278.

Chalmers I. What do I want from health research and researchers when I am a patient? BMJ 1995;310:1315-1318.

NIET NAAST HET BED

Gabrielle Verbeek

fen aantal nummers geleden vestigde TGP aandacht op de toename van het aantal ziekenhuisbevallingen. Niet thuis bevallen kan nogal wat nadelen hebben.

Toen Gabrielle Verbeek dat las, nam ze de aantekeningen nog eens door die ze maakte over de onverwachte ziekenhuisbevalling van haar eerste zoon. Ze schrijft: 'Het is na een bevalling erg verleidelijk om de negatieve kanten te vergeten en alleen stil te staan bij het nieuwe leven dat er is'.

Toch heeft zij de moeite genomen om kort na de bevalling haar ervaring op papier te zetten, omdat zij uit hoofde van haar beroep dagelijks bezig is met goede en slechte kwaliteit in de zorgsector.

Op 8 december 1993 ben ik uitgerend, zoals dat heet. Ik wil graag thuis bevallen onder begeleiding van de verloskundige. Het zal heel anders uitpakken. 's Avonds om tien uur breken de vliezen, maar de weeën komen niet op gang. De bevalling zal vanwege gevaar voor infectie in het ziekenhuis moeten worden ingeleid.

Dat is een tegenvaller. Ik heb me redelijk voorbereid op de geboorte van het kind. Mijn partner en ik weten beiden wel zo'n beetje hoe we die geboorte het liefste zien gebeuren. Maar wat thuis makkelijk kan, is vaak in een ziekenhuis veel moeilijker te realiseren. Ik maak een lijstje van wat ik zelf wil, ook in het ziekenhuis: bewegingsvrijheid om verschillende ontspannende houdingen te kunnen proberen tijdens de ontsluitingsperiode, een baarkruk kunnen gebruiken, niet teveel mensen om me heen, het kind bij ons houden na de geboorte, borstvoeding en geen flesjes.

In het ziekenhuis worden we opgehaald door een verpleegkundige. We krijgen een verloskamer toegewezen. Een smal hard bed, een harde stoel, twee krukjes, een onderzoekstafel voor het kind, een glazen wiegje. Het ziet er op het eerste gezicht niet slecht uit; er zijn wat zachtgroene kleuren in de kamer aangebracht. Wel mis ik veel wat de bevalling zou kunnen veraangenamen, een toilet of douche, makkelijke stoelen of bankjes of kussens om tegen aan te kunnen hangen. Als je hier bevalt, dan beval je in principe op dat harde verlosbed dat zo centraal in deze kamer staat. De verpleegkundige komt binnen en zegt dat ze een eTG gaat maken. Ik voel er niet zoveel voor om straks dat bed in te moeten en vraag haar een tweede stoel. Zij zegt: 'Dat kan helemaal niet, je kunt met de draden die wij

aanbrengen niet op een stoel zitten, dat klemt af.' Ze legt me uit dat er twee draden inwendig worden aangebracht en zegt dat ik dan nauwelijks meer het bed uit kan.

Ik vraag verder of er een baarkruk kan komen. De verpleegkundige zegt: 'Sommige gynaecologen willen dat hier niet'. Ik zeg: 'Ik wil graag wel die mogelijkheid hebben'. Zij zegt: 'Als u dat zou willen, dan moet u wel bedenken

We krijgen een verloskamer toegewezen. Een smal hard bed, een harde stoel, twee krukjes, een onderzoekstafel voor het kind, een glazen wiegje.

dat uw man dan achter u moet zitten en dat hij niks van de bevalling kan zien.' Het is duidelijk dat de baarkruk haar voorkeur niet heeft, maar toch herhaal ik dat ik die graag in de verloskamer wil hebben. Zij: 'Jullie moeten dat maar met de gynaecoloog overleggen.'

Ik ben geïriteerd en teleurgesteld. De verpleegkundige neemt gegevens op en meet mijn bloeddruk: die blijkt opeens 130/90 te zijn, wat de hoogste waarde is die ik tot nu toe in mijn zwangerschap heb gehad. Dat heeft zeker te maken met de tegenvallende ontvangst hier. Wij worden een uurtje alleen gelaten. Dan komt onze arts, een arts-assistent gynaecoloog, een vrouw. Een verademing, zij gaat er echt voor zitten en vertelt wat er gaat gebeuren en dat doet ze open en duidelijk. Onze eigen verloskundige komt ondertussen ook bin-

nen. Er wordt inwendig onderzoek gedaan. Daarna volgt wat heen en weer gepraat over mijn hoofd heen, wat me ergert, want ik wil óók weten wat er met mij aan de hand is. Het blijkt dat de baarmoedermond nog erg stug is. Die moet weker worden met behulp van tabletten prostaglandines. Er is een kansje dat dan ook de weeën spontaan op gang komen, maar waarschijnlijker is dat de dag erna per infuus zal worden ingeleid.

We praten even na met de verloskundige. Ik vraag haar medewerking bij het krijgen van een baarkruk, die ze direct toezegt. En ik vraag haar of het nou echt nodig is om aan bed gekluisterd te blijven tijdens het inleiden. Zij zegt dat dat helemaal niet hoeft. Even later hebben we dan toch geregeld dat ik van het verlosbed af kan. Bovendien zegt de gynaecoloog dat er een baarkruk kan komen. Wat wrang bedenk ik dat ik flink heb moeten doorzetten om een paar eenvoudige zaken te realiseren. En ik ben redelijk weerbaar en bekend met het gezondheidszorgsysteem omdat ik er zelf in heb gewerkt. Hoeveel vrouwen laten zich hier in zo'n ziekenhuis niet meteen inpakken?

Met de eerste serie pillen in mijn maag sta ik op (heerlijk om weer te staan!) en ga een rondje lopen. De pillen beginnen te werken: na een tijdje voel ik krampen die zowaar op weeën lijken. Om twee uur 's middags moet ik de weeën echt met puffen de baas en ik maak gebruik van alle mogelijkheden (hangend, staand, hurkend) om ze op te vangen. Ze komen nu om de drie minuten en duren gemiddeld een minuut. In de middag word ik aan de registratieapparatuur gelegd en meteen lijken de weeën in frequentie af te nemen.

's Avonds stagneert het duidelijk. Een andere gynaecoloog komt langs, die (volledig over mijn hoofd heen) met de avondarts overlegt en mij meedeelt dat ze een terughoudend beleid gaan voeren en dat ik pas morgen echt ingeleid zal worden. Ik krijg een slaappil. Ik vraag wat voor slaapmiddel, want ik heb geen zin om zomaar wat te slikken, zeker niet als er een kans is dat het kind daar wat van binnenkrijgt. Ik ben echter wel erg moe en een derde nacht met

weinig slaap wacht.. Dat laatste geeft de doorslag. Ik wil energie hebben voor wat morgen komen gaat..

De volgende dag rond 9-00 uur wordt ik onderzocht.. Ik heb helaas slechts één cm ontsluiting en de baarmoedermond is ook nog niet helemaal rijp. Ik word aan het infuus gelegd en tegelijkertijd ook aan CTG en externe weeënmeter.. Ik moet vanwege infuus en registratie-apparatuur op het verlosbed liggen. De slang van het infuus is zo kort dat ik niet uit bed kan. Ik beland in een houding die voor mij de slechtste is om pijn op te vangen.

We hebben dezelfde verpleegkundige als de vorige dag. Zij let vooral op de apparatuur en laat het infuus telkens wat verder oplopen. Na een uurtje begin ik in mijn onderlichaam vrij krachtige pijngolven te voelen die ik met ademhalingstechnieken de baas probeer te blijven. Dat gaat een tijdje heel redelijk. De verpleegkundige komt naar me toe en zegt: 'Ik zou nog maar niet puf-fen, daar word je moe van. Je kunt beter gewoon ademen door je neus om energie te sparen.' Ik zeg, tussen twee pijngolven door: 'Ik heb deze ademha-ling nodig, want het doet pijn.' Ze kijkt alsof ze me niet gelooft, en kijkt daarbij naar de weeënregistratie, die bij elk van mijn pijngolven slechts een lage uitslag geeft.. Ik zeg: 'Die band van dat appa-raat zit op het bovenste deel van mijn buik.. Ik voel de pijn juist laag onderin.' Zij zegt: 'Dan zijn het geen weeën, dan zijn het nog maar krampen. Alleen als het boven in de buik geregistreerd wordt, zijn het weeën.' Ik raak in de war. Zijn deze pijngolven slechts kram-pen? Wat zijn dan in godsnaam echte weeën?

Rond 11.00 uur kan ik even van bed af. Meteen kan ik de weeën veel beter aan, als ik ze geleund tegen de bedrand weg-puf. Dan komt de arts-assistente bin-nen, die drie centimeter ontsluiting con-stateert. De inwendige registratie mag worden aangesloten. Ook deze draden zijn vrij kort en weer beland ik op dat harde verlosbed. De verpleegkundige zegt: 'Je kunt beter op je linkerzij lig-gen, dat is beter voor het kind.' Ik zeg: 'Ik lig altijd liever op mijn rechterzij.' Ze trekt mijn onderste been recht en mompelt iets over dat het zo goed is om in stabiele zijligging te liggen. Ik lig liever met iets opgetrokken knieën, maar voel me niet in staat een gesprek te voeren omdat er een nieuwe wee aankomt.. Dus ik trek stiekum (!) mijn been weer terug.

We worden alleen gelaten, lange tijd. Af en toe komt de verpleegkundige kij-

ken naar de uitslagen van de appa-ra-tuut.. Zij vraagt niet aan mij hoe het gaat, maar kijkt naar de apparatuur en verhoogt de concentratie van het in-fuus. We zien zelf die weeënregistratie ook. Er verschijnen pieken op het pa-pier die hoe langer hoe groter worden. Ondertussen wordt het voor mij zwaar-der en zwaarder om de weeën (of kram-pen, wat het ook moge wezen) op te

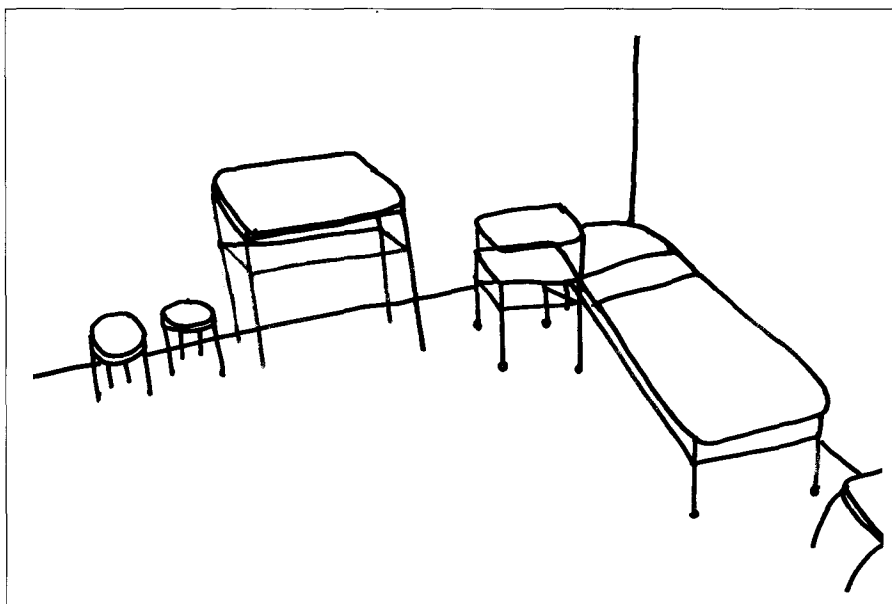
Hoeveel vrouwen laten zich hier in zo'n ziekenhuis niet meteen inpakken?

vangen. Er zijn weeën bij die wel twee minuten duren. De pauzes tussen de weeën zijn gemiddeld drie minuten. Onze verpleegkundige maakt het me ondertussen niet makkelijker, want ze zegt herhaaldelijk dat de weeën 'nog maar' om de drie minuten komen. Ik begin me door haar interpretatie van de situatie behoorlijk moedeloos te voelen. Vraag me af of ik wel in staat ben te verdragen wat komen gaat.. Misschien ben ik wel zo kleinzerig dat ik het niet aan kan. Als dit 'nog maar' het begin is, waar is dan het einde?

Op een gegeven moment worden span-ning, angst en pijn me teveel en krijg ik een huilbui. Ik vertel mijn partner hoe frustrerend ik het vind en vraag hem mij aan te moedigen. Dat heb ik nodig en dat ontbreekt volledig in deze ver-loskamer.. Ik ben geen baringsmachine, ik ben een menselijk wezen en heb moed nodig om de pijn aan te kunnen en de weeën goed op te vangen. Noch

de verpleegkundige, noch de arts-assis-tente geven mij enige steun om deze periode door te komen. De arts-assis-tent is met een andere bevalling bezig. De verpleegkundige maakte tot nu toe vooral negatieve opmerkingen. Ik kijk vanaf dat moment niet meer naar de weeënregistratie, sluit me af voor de verpleegkundige en gebruik alle energie en aandacht om de uiterst pijnlijke en krachtige weeën op te vangen. Later hoor ik dat ze ver boven de registratie-waarde van het papier uitkomen. Het papier registreert tot een uitslag van 100, mijn weeën reiken tot circa 130. De verpleegkundige komt af en toe langs en hoogt het infuus op tot de ma-ximale hoeveelheid. Verder worden we alleen gelaten.

Ik voel in mijn lijf zulke heftige pijn-golven, dat ik denk dat dit niet goed gaat en dat er wat gebeuren moet.. Het gaat veel te hard. Ik twijfel of het wel klopt dat het nog heel lang gaat duren, zoals de verpleegkundige tegen ons zegt.. Ik wil niet meer dat we alleengelaten worden. Mijn partner gaat bellen. Onze verpleegkundige is met lunchpau-ze, maar er is een vervanger.. Deze ver-pleegkundige komt erbij en vraagt ge-lukkig aan mij hoe het gaat.. Ze luistert ook goed naar wat ik zeg. Ik geef aan dat het voor mijn gevoel verkeerd gaat en er naar me gekeken moet worden. Intussen wordt bij elke wee vruchtwater met kracht uit mij geperst, zonder dat ik er enige invloed op heb. Mijn lijf dreigt te gaan persen. De verpleegkundige gaat snel de arts-assistent zoeken, die pas na enige tijd arriveert. Ik voel iets wat ik herken uit boekjes: een onmis-kenbaar drukgevoel.. Het begint me te



Tekening Nene Stam

dagen dat dit kan betekenen dat ik helemaal niet zo lang moet wachten als eerder is gesuggereerd, maar dat dit het einde is van de zware periode. Zodra de arts er is, zeg ik dat ik persdrang voel. Zij onderzoekt me en trekt langzaam haar handschoenen uit. 'Je hebt volledige ontsluiting.' Ik mag gaan persen. Er staan opeens vijf witte jassen om ons heen.

Gezien de heftigheid van de persweeën, besluit ik de baarkruk niet te gebruiken. De arts-assistent zegt me dat de kans groot is dat ik dan inscheur. Ik zou ook niet weten hoe ik met deze weeën storm nog van bed op die baarkruk zou kunnen komen. Ik wil het liefste zittend persen en zeg dat ook, maar kennelijk komt dat niet over, want mijn benen

Zijn deze pijngolven slechts krampen? Wat zijn dan in godsnaam echte weeën?

worden in steunen gelegd om in de meest gebruikelijke baarhouding (op de rug, benen vasthouden, rug een beetje rond, hap lucht vasthouden) te persen. Veel ruimte voor discussie is er niet tussen de persweeën door.

Ik vraag een spiegel om zelf ook mee te kunnen kijken. In de spiegel zie ik al een stukje van een soort blaasje, gelig met zwarte kringeltjes. Onze verloskundige komt de verloskamer binnen en zegt meteen: 'Dat is het hoofdje.' Dat verbaast me. Is het al zó ver? Hoe lang heb ik eigenlijk onnodig die persweeën proberen tegen te houden?

Het blaasje wordt bij elke pers groter en groter. Er komen bobbeltjes in het blaasje, onregelmatigheden. Het is een fascinerend gezicht. Hoewel dit persen pijn doet en heel vermoeiend is, zit ik er totaal niet mee. Nu gaat ons kind geboren worden. Op het moment dat het hoofdje inderdaad naar buiten komt, wordt de spiegel weggehaald, omdat die volgens de arts-assistent in de weg zit. De feitelijke geboorte zie ik niet. Ik voel dat het hoofdje er is en met wat subtiel persen en weer wegzuchten volgt de rest van schoudertjes en lijfje. Dan ligt opeens een warm dampend, vochtig wezentje op mijn buik, dat begint te schreeuwen. Ik voel me vooral opgelucht dat de bevalling eindelijk, na 64 uur vanaf het breken van de vliezen, over is. In tweede instantie voelt het kind als een onverwacht kado tje. Mijn zoon is om 13.18 uur geboren.

Over de laatste zeven centimeter ontsluiting blijkt ik dus uiteindelijk maar tweeënhalf uur gedaan te hebben. Het persen heeft slechts 18 minuten geduurd. De verpleegkundige komt terug van haar lunchpauze en treft ons aan met kind en al. Het is geboren in de tijd dat zij haar boterhammen at. Dat moet voor haar verrassend zijn, want zij dacht steeds dat het baringsproces niet zo ver was. Ze zegt daar niets over, alleen nog: 'Oh, ik zie dat je de baarkruk toch niet hebt gebruikt.' Ik laat het maar, ben allang blij dat het nu voorbij is. We drinken na afloop met alle betrokken gynaecologen en verpleegkundigen de champagne die we van huis meegenomen hadden. Er staan opeens beschuitjes met muisjes klaar. Daarna krijgen we op de verloskamer ruim de tijd om ons kind vast te houden, om telefoontjes te plegen met familie en om met elkaar na te praten. En dan mag ik eindelijk van dat verlosbed af, naar de douche. Nog een nachtje slapen in het ziekenhuis naast vijf andere bevallen vrouwen. De volgende dag gaan we naar huis, met in een reiswiegje ons mooie jongetje.

Ruim een jaar later, inmiddels op plezierige wijze thuis bevallen van mijn tweede kind, kijk ik terug op mijn eerste bevalling en zie dat het op verschillende 'kwaliteitsaspecten' fout is gegaan. Het hoofdprobleem zit in de discrepantie tussen de technische werkelijkheid in het ziekenhuis en de beleavingswerkelijkheid van degene die bevalt. De uitspraken van deskundigen, die zeggen dat er nog geen 'goede' of 'echte' weeën zijn, gebaseerd op de registratieapparatuur, versus de signalen in mijn lijf die aangaven dat het baringsproces gevorderd was. Wat me ook frappeert is het verschil in inschatting van de moeilijke momenten tijdens deze bevalling. Zodra er officieel volledige ontsluiting is geconstateerd, komen verpleegkundigen en artsen in het ziekenhuis van alle kanten om ervoor te zorgen dat het kind goed geboren wordt. Terwijl voor mij - en waarschijnlijk voor vele vrouwen - die periode niet de moeilijkste is. Dat is juist het voorlaatste stadium, aan het eind van de ontsluiting, als de pijn van de weeën heel heftig is en het tegelijkertijd moeilijk is om dan te ontspannen. Ik denk dat het zinnig is voor gynecologen om na te denken over hun mogelijkheden om vrouwen in die periode te ondersteunen. Het is erg makkelijk en gemakzuchtig om ervan uit te gaan dat ondersteuning volledig van de kant van

de meegekomen partners zal komen. Ik had na afloop een gesprek met mijn verloskundige. Zij adviseerde me om een klacht in te dienen bij het ziekenhuis. In het gesprek zei ze, cynisch, 'je denkt toch niet dat een gynecoloog naast het bed gaat zitten om mee te puf-fen met een vrouw die bevalt?'. Ik denk dat ook niet, maar beschouw dat wel als een manco van de beroepsgroep.

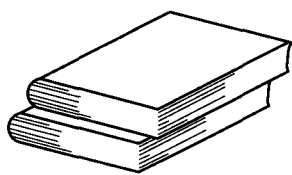
Verder zijn er kleine dingen waarin het ziekenhuis zoals ik dat tijdens mijn bevalling meemaakte tekortschiet. De verloskamer, die weliswaar in mooie moderne kleurtjes is geschilderd maar weinig comfort en bewegingsruimte biedt. Een infuusslang die net een meter te kort is, waardoor het niet mogelijk is om buiten bed te verblijven. Allemaal hele simpele dingen, maar ondertussen wordt het je als vrouw wel onmogelijk gemaakt om in actieve houdingen te baren. Terwijl de actieve houdingen de makkelijkste en snelste zijn om een kind op de wereld te zetten.

Tot slot: mij is met deze ervaring opnieuw duidelijk geworden hoe belangrijk communicatie is in de relatie tussen patiënt en hulpverlener. Gewoon contact over wat er gebeurt, wat je zou willen, wat de ander te bieden heeft, en wat niet. Het is dit kwaliteitsaspect, goede communicatie, dat nodig verder uitgewerkt moet worden, op zo'n manier dat zowel patiënt als deskundige ermee verder kunnen. Ieders inbreng moet gelijkwaardig zijn. Het is belachelijk

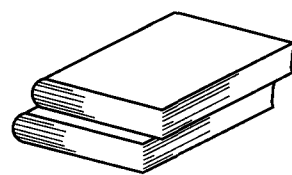
De verpleegkundige komt terug van haar lunchpauze en treft ons aan met kind en al.

wanneer mij een baarkruk wordt geweigerd en men mij probeert dat te verkopen met een bestwil-argument. Anderzijds kan ik me voorstellen dat er gynaecologen zijn die niet in staat zijn om bij gebruik van een baarkruk hun werk goed te doen. Laten ze dat gewoon zeggen. Maar laat mij de vrijheid om een gynecoloog te krijgen die er wel mee kan werken. Goede communicatie betekent dat geen van beiden de eigen zin doordrukt. Zoeken naar manieren om de gebruiker en de professional tot hun recht telaten komen is de grootste uitdaging voor 'kwaliteitskunde' in de zorgsector.

Gabriëlle Verbeek is medewerker kwaliteitsprojecten bij het NIZW.



boeken



Mooie voorbeelden, maar waarvan?

Hoe gebruik je de leefomgeving van mensen als instrument om de volksgezondheid op lokaal niveau te verbeteren? Dat is de vraag die centraal staat in het onlangs verschenen boek *Gezondheid en leefomgeving*. Of het geslaagd is, betwijfel ik. Althans: beroepsbeoefenaren op dit terrein kunnen in dit boek aardig wat gereedschappen vinden; maar die liggen eerder klaar in de praktische dan in de theoretische hoofdstukken.

'Gezondheid en leefomgeving' is het vijfde deel in de 'Gezonde-stedenreeks'. Het boek draagt daarmee de loden last van het hele Gezonde-stedenproject. Die last bestaat vooral in een sterke fixatie op beleid. Of de werkelijkheid van de beleidsnota's dezelfde is als de werkelijkheid die u en ik de hele dag meemaken, is van geringer belang. Dat manco is al gegeven met de naam van het project. Immers: wat is een Gezonde Stad? In 'Gezondheid en leefomgeving' wordt die vraag net zo beantwoord als in eerdere delen van de Gezonde-stedenreeks:

'Een Gezonde Stad kenmerkt zich door een proces en niet door een resultaat. Een Gezonde Stad is geen stad die een bepaald gezondheidsniveau moet hebben bereikt, maar is een stad die gezondheidsbewust is en zich bezig houdt met het bevorderen van gezondheid. Op deze wijze kan elke stad een gezonde stad zijn, ongeacht de bestaande gezondheidstoestand.'

Taalkundig gezien wordt de leek een oor aangenaaid. Ook Tsjemobyl en Sarajevo kunnen zich zo immers Gezonde Steden noemen. De analogie met de terminologie van de Verenigde Naties in Bosnië dringt zich op: Gezonde Steden zijn net zo gezond als Veilige Gebieden veilig zijn. Misschien is het een goede afspraak om de hoofdletters consequent te gebruiken. Een gezonde stad is in dat geval een gezonde stad; in een Gezonde Stad doen ze hun best maar kunnen ze niets beloven.

In *Gezondheid en leefomgeving* wrekt zich deze ooraannaaiing om te beginnen in de theoretische hoofdstukken. Het hoofdstuk 'Achtergronden en uitgangspunten' behandelt, in vogelvucht

het Lalonde-model, de Nota 2000, de WHO-definitie van gezondheid, het ecologisch gezondheidsconcept en 'New public health'. De schrijvers blijven daarbij binnen de geduldige werkelijkheid van nota's die hooguit, naar elkaar verwijzen. In hun exegese constateren ze bijvoorbeeld dat 'het ruime begrip leefomgeving' niet als eenduidig onderwerp van (nationaal) beleid terug te vinden is, maar wel onderdeel vormde van het Sociale-vernieuingsbeleid van het derde kabinet Lubbers en in het daaropvolgende kabinet Kok terug te vinden is in het grote-stedenbeleid. Beleidsmatig heeft het begrip leefomgeving daarmee kennelijk een plek gekregen. Dat het grote-stedenbeleid intussen niet van de grond komt, is een probleem, dat in *Gezondheid en leefomgeving* buiten beschouwing blijft.

Ook de andere theoretische hoofdstukken van het boek zijn mager. In hoofdstuk 2 slepen de auteurs de lezer in amper vijfenhalve pagina door de geschiedenis. Schematisch wordt geïllustreerd dat er (1) ook in het verleden al intersectoraal gewerkt werd en (2) dat daarbij top-down technologieën niet werden geschuwd. Die twee historische lessen zijn nodig om in latere hoofdstukken de aanpak van het Gezonde Steden-project te legitimeren. In hoofdstuk 4 worden met zevenmijlslaarzen drie modellen voor de aanpak van gezondheidsproblemen geschetst: het professionele model (monocausaal), het multidisciplinaire model (doelstellend, intersectoraal) en het politieke model. Dat laatste model bouwt voort op zelforganisatie en staat volgens de auteurs centraal in het Gezonde-steden project. Die zelforganisatie wordt in hoofdstuk vijf nog even onderbouwd met vijf pagina's Habermas'se communicatietheorie.

Gewapend met deze theorie krijgt de lezer vervolgens acht voorbeelden voorgeschoteld die, nota bene, zeer de moeite van het lezen waard zijn. Dat zijn praktische hoofdstukken die gaan over een volkstuin voor gehandicapten in Deventer, de aanpak van gezondheidsproblemen in nieuwbouwwijk De Heeg in Maastricht, het Utrechtse project Bestrijding Overlast Hondenpoep, het kinderveiligheidsproject in de Rotterdamse wijk Feijenoord, vochtproblemen en de

aanpak daarvan in respectievelijk Schotland en Nederland, de aanpak van verkeersproblemen in de Utrechtse wijk Votulast, voorlichting over gezondheid en milieu aan migrantenvrouwen en de aanpak van de bodemverontreiniging op het terrein van een voormalige gasfabriek in Kralingen.

Een heerlijk veelzijdig beeld van de problemen die zich voordoen in die vele helemaal niet zo gezonde steden van Nederland. Er blijkt goed uit dat een bottom up aanpak nieuwe mogelijkheden biedt, maar dat het ook dan voor de gemiddelde 'gezondheidswerker' en zijn lokale beleidsmakers nog uitkijken blijft.

In dat verband ook stellen de auteurs dat de professionals 'van wijken moeten weten'. Dat is een mooie kreet, de buurt in en tijdig een stap terug. Professionals moeten het één en ander afleren en op hun intuïtie en op de creativiteit van direct betrokkenen leren vertrouwen.

De auteurs proberen in het laatste hoofdstuk de praktische verhalen in te bedden in de eerder aangedragen theoretische noties. Dat lukt ze niet. Ook zonder Habermas was immers wel duidelijk geweest dat ruimte geven aan de direct betrokken de kans vergroot op een blijvend resultaat. Andersom bezien: zonder enige relatie met Habermas en de modellen introduceren de auteurs in het laatste hoofdstuk termen als 'synergie' en 'vaart'.

Rest de vraag, waarom de auteurs zo hun best doen om de praktijk in de magere theorie te persen. Waarom niet gewoon een staalkaartje van initiatieven? Of - als er dan echt theorie aan te pas moet komen - waarom niet een of hooguit, twee casussen echt onderzocht met behulp van Habermas'se of andere categorieën?

Is dat omdat het Gezonde-stedenproject zonnig een innovatieve visie moet uitdragen om ook in de toekomst voor subsidies in aanmerking te komen?

Nico de Boer

Gezondheid en leefomgeving: van wijken weten. Josine van den Boogaard en Bernard Groot (red.), Assen (Van Gorcum) 1995, ISBN 90 23230000

Eendimensionale geschiedschrijving

De gynaecologie als belichaming van vrouwen, een helder, soms polemisch geschreven proefschrift, gaat over de ontwikkeling van de verloskunde en het ontstaan van de gynaecologie in Nederland tussen 1840 en 1920. Auteur Schoon behandelt zowel de sociale organisatie als de cognitieve inhoud van beide vakgebieden, uitgaande van de vraag welke rol de categorie 'seks' heeft gespeeld bij de vormgeving van deze organisatie en inhoud. Bij lezing wordt al snel duidelijk dat Schoon de organisatie en het wetenschappelijke discours van de verloskunde en de gynaecologie ('het gynaecologisch ideaal') in strijd acht met het feministisch ideaal van seksualiteit dat aan het eind van de negentiende eeuw vorm kreeg.

De verloskunde beslaat drie hoofdstukken. Schoon beschrijft de wijze waarop de twee belangrijkste groepen van de medische stand, namelijk de praktisch gerichte heelmeesters en de theoretisch opgeleide doctoren, in de loop van de negentiende eeuw samensmolten tot één artsenstand, waarvan de leden in een nieuw gedefinieerde klinische geneeskunde zowel theorie als praktijk moesten beheersen.

Het vakgebied 'academische verloskunde' kwam moeizaam tot stand, door gebrek aan klinische patiënten en door de grote sociale afstand tussen mannelijke doctoren en zwangere vrouwen. De academisering van de verloskunde had een biologisering van de vrouwelijkheid tot gevolg. De natuurwetenschappen onderbouwden en legitimeerden de verschillen tussen mannen en vrouwen. In verband daarmee ondersteunde de verloskundige wetenschap de gedachte dat vrouwen dicht bij de natuur stonden dan mannen en dat vrouwen hun leven in dienst van de voortplanting dienden te stellen.

Uit de lotgevallen van de vroedvrouwen voor en na de geneeskundige wetten van 1865 blijkt eens te meer dat verwetenschappelijking van een kennisgebied dikwijls gepaard gaat met processen van uitsluiting. De vorming van de verloskunde als zelfstandige wetenschap leidde tot een afbrokkeling van de dominantie (van vrouwen in de verloskunde) en uiteindelijk tot onder-schikking van vroedvrouwen aan de academische, mannelijke wetenschaps-beoefenaars en docenten. Pogingen tot uitbreiding van de bevoegdheden van vroedvrouwen rond 1900 werden door de vrouwenbeweging overigens nauwe-

lijks gesteund. Dat vroedvrouwen en de thuisbevalling in Nederland toch betrekkelijk belangrijk blijven in vergelijking met omringende landen, schrijft de auteur toe aan de relatieve achterstand van Nederland op het terrein van de klinische geneeskunde en het klinisch onderwijs.

Het ontstaan van de gynaecologie als specialisme is onderwerp van het tweede deel. De gynaecologische praktijk professionaliseerde vooral doordat in toenemende mate van chirurgische technieken gebruik werd gemaakt. Hoewel vooraanstaande gynaecologen, zoals Treub en Van Tussenbroek, zich tegen een teveel aan chirurgie hebben gekeerd, zette deze tendens zich door om - zoals de auteur vermeldt - het vakgebied een mannelijk imago te kunnen geven. Vrouwen werden van oudsher uit het chirurgienberoep geweerd. Staps-gewijs vond de ontsluiting van een nieuw vakgebied plaats. De gynaecologie bleef niet beperkt tot de behandeling van vrouwen met klachten over de voortplanting en geslachtsorganen. Al spoedig verbreedde het vakgebied zich tot 'vrouwenziekten', onder meer door middel van wetenschappelijk onderzoek naar en behandeling van menstruatie en de indertijd veelvuldig gestelde diagnose chlorose. De verschuiving in betekenis van de menstruatie - van een teken van gezondheid naar een ziekmakende gebeurtenis - en de koppeling van chlorose aan gynaecologische vraagstellingen, bevestigt volgens Schoon de stelling van de historicus Laqueur dat het *one sex-model* in de biologie van voor 1800 plaats ging maken voor een *two-sex model*.

Het laatste hoofdstuk gaat meer in detail in op de vraag hoe de gynaecologie uiteindelijk een specialisme van vrouwenziekten werd. Er wordt aandacht besteed aan de fysische antropologie (in Nederlands-Indië) en de psychiatrie - twee vakgebieden die veel raakvlakken vertoonden met de opkomende gynaecologie. Het concept vrouwelijkheid als 'fysiek kwetsbaar' en 'psychisch instabiel' kon mede via deze vakgebieden doorwerken in de gynaecologie, zoals blijkt uit de gehanteerde medische indicaties voor operatief ingrijpen (curettagie, bekkenneuralgie, retroflexio uteri).

De auteur benadrukt in haar samenvatting hoe belangrijk de overgang van het *one sex model* naar het *two sex model* en de 'gynaecologisering' van menstruatie en chlorose zijn geweest. Zowel de verloskundige wetenschap als de

gynaecologie gingen volgens de auteur uit van de gedachte dat de vrouw in de wieg was gelegd voor de voortplanting. Met die opvatting hebben vooraanstaande gynaecologen stelling genomen in het openbare debat over de 'vrouwenkwestie' en keerden zij zich tegen het gelijkheidsideaal van de feministen.

Schoon wijst in haar boek terecht op de seks-onderscheidingen als een belangrijk constituerend element in de westerse cultuur. Maar in haar enthousiasme heeft zij de neiging ingewikkelde sociale processen geheel en al tot deze onderscheidingen te reduceren. Het proces van professionalisering van de gynaecologie hangt zij volledig op aan seksidentiteit: er moest een mannelijke gynaecologie komen. Professionalisering van een vakgebied verloopt doorgaans echter ingewikkelder, zoals zou zijn gebleken als de auteur gebruik had gemaakt van professionaliseringsstudies van andere vakgebieden.

Vrouwen zouden na ongeveer 1870 onderworpen zijn aan dokters, doordat ze 'patiënten' werden, opgenomen in een moderne arts-patiënt relatie. De omvorming van de arts-patiënt relatie gold echter niet alleen voor vrouwen maar was een algemeen verschijnsel: de vroeg-negentiende-eeuwse door patronage gekenmerkte verhouding tussen klant en afhankelijke dokter werd geleidelijk vervangen door een hiërarchische relatie tussen arts en patiënt, waarbij de eerstgenoemde in zijn spreekkamer bepaalde wat er gebeurt. Normalisering en het aanbrengen van een hiërarchie tussen verschillende bevolkingsgroepen was een algemeen verschijnsel van de geneeskunde in de negentiende eeuw, en beperkte zich niet tot het onderscheid tussen mannen en vrouwen. Ook psychiatrische patiënten, delinquenten, alcoholisten, niet-westerse volkeren, homoseksuelen enzovoorts werden tegelijkertijd gedefinieerd, uitgesloten en lager op de evolutionaire ladder geplaatst. Diergeneeskundig onderzoek (comparatieve anatomie en fysiologie) werd niet alleen gebruikt voor de beantwoording van gynaecologische vraagstellingen, maar binnen andere vakgebieden. Een bespreking van deze tendensen in de wetenschap, hoe beknopt ook, zou de studie minder eendimensionaal en daarmee geloofwaardiger hebben gemaakt.

Ik vermoed dat de auteur het 'gynaecologisch ideaal' en het gelijkheidsideaal van de feministen zo scherp mogelijk tegenover elkaar heeft willen plaatsen. Daardoor moest zij allerlei nuances bui-

ten beschouwing laten. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat Catarina van Tussenbroek wordt neergezet als iemand die het gelijkheidsideaal volledig omarmde, met voorbijgaan aan de paternalistische standpunten die zij met haar collega's koesterde ten aanzien van publiek en patiënten, terwijl andere doctoren dit standpunt uitdrukkelijk wel wordt kwalijk genomen. Het oude schema van medische vooruitgang versus bijgelovig lekenpubliek dreigt te worden vervangen door een nieuw schema van vrouwen tegen de mannelijke wetenschap. Hoe belangrijk 'gender' ook is geweest in de conceptualisering van de moderne wetenschap, met iets meer gebruikmaking van wetenschapssociologische inzichten zou meer recht zijn gedaan aan het complexe historische mozaiek.

De kritiek neemt niet weg dat de studie een aanwinst is voor de reeds langer bestaande traditie van kritische geschiedschrijving over de geneeskunde. Het proefschrift toont op een overtuigende manier hoe ziekte-definities en de conceptualisering van de vrouwelijke fysiologie in samenhang zijn veranderd en inderdaad ook een verband vertonen met meer algemene sociaal-culturele bovendien duidelijk hoe sociale veranderingen in de medische beroepsgroep en veranderingen in de inhoud van wetenschap elkaar over en weer beïnvloeden. Tenslotte legt het proefschrift impliciet een terrein open voor genderstudies naar de geschiedenis van de hematologie, de psychiatrie en de fysische/culturele antropologie. Kortom, het proefschrift vormt een waardevolle correctie op de historiografie van de Nederlandse geneeskunde.

A.J. Schoon, *De gynaecologie als belichaming van vrouwen. Verloskunde en gynaecologie 1840-1920*. Zutphen: Walburg pers, 1995.

Eddy Houwaart, *medisch historicus*.

Signalementen

Het Provinciaal Patiënten Platform Utrecht geeft (landelijk) een reeks informatiebrochures uit onder de titel 'Serie Patiëntenrecht'. In de serie verschenen begin dit jaar twee titels over respectievelijk de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en inzage in het medisch dossier. Recent verschenen de titels *Een tweede mening (second opinion)* en *Vragen over de huisarts*.

Een tweede mening gaat in op vragen als: wanneer kan een patiënt een tweede mening vragen? Hoe is een second opinion ongeveer te vinden, wie betaalt de rekening? Maar ook wordt stilgestaan bij de verwarring die kan ontstaan wanneer die tweede mening tegenovergesteld blijkt aan de eerste. *Vragen over de huisarts* gaat over het zoeken en vinden van een nieuwe huisarts, over de relatie tussen huisarts en patiënten, over mogelijke problemen tussen huisarts en patiënt.

Beide brochures zijn uitstekend informatiemateriaal... Beknopt, maar volledig en prettig vormgegeven. Ze geven in heldere taal een praktisch antwoord op veel voorkomende vragen. Ook voor hulpverleners. Later dit jaar komen nog twee brochures uit, over schadevergoeding bij een medische fout en klachten over de tandarts.

Een tweede mening. Utrecht, PP/CP Utrecht, 1995. ISBN 90-75206-0809

Vragen over de huisarts. Utrecht, PP/CP, 1995, ISBN 90-75206-09-7

De brochures zijn voor f 2,50 te koop bij apotheken en te bestellen (f 6,50) bij PCI-distributieservice, Postbus 74, 3980 CB Bunnik. Tel: 03505 - 70072. (vanaf 1 oktober 1995: 030 - 6570072). De tekst is op aanvraag gratis verkrijgbaar in braille en op geluidscassette: CBB afdeling klantenservice: 03417 - 510 (na 1 oktober 1995: 034 - 15510).

Het Internationaal Informatiecentrum en Archief voor de Vrouwenbeweging (IIA V) is een vraagbaak, bemiddelaar en informatieleverancier voor wie zich bezig houdt met de positie van vrouwen. De IIA V stelde onlangs een literatuurlijst samen met als titel *Informele zorg*. De lijst is een overzicht van Nederlandstalige literatuur die over dit on-

derwerp verscheen tussen 1993 en 1995.

De literatuurlijst kost f 8,50. IIA V, Obiplein 4, 1094 RB Amsterdam. Tel: 020 - 6650820.

Het Nederlands Instituut voor Alcohol en Drugs (NIAD) is begonnen met het uitgeven factsheets; bondige en actuele overzichten van de stand van zaken over thema's die te maken hebben met alcohol en drugs, verslaving en verslavingszorg. De eerste factsheet handelt over het cannabisbeleid in Nederland en is wat het belooft. Wie wil weten hoeveel coffeeshops er in Nederland zijn, hoeveel hasj er is onderschept in de afgelopen jaren, wat de risico's van cannabisgebruik zijn en hoe het overheidsbeleid er in het buitenland op staat, kan dit vinden in deze vier pagina's tellende stand van zaken.

De factsheets zijn te bestellen bij: NIAD, 030 - 341300.

Het uitzicht van Sisyphus. De Riagg Haagrand organiseert samen met de universiteit op 27 september een conferentie naar aanleiding van het verschijnen van een interdisciplinaire bundel die als thema heeft 'Maatschappelijke contexten van geestelijke (on)gezondheid, onder redactie van Jan Baars en Doortje Kal.

In de dagelijkse praktijk van de geestelijke gezondheidszorg worden de maatschappelijke contexten niet ontkend, maar er wordt wel vooral gewerkt alsof ze niet belangrijk zijn. Een monodisciplinaire aanpak lijkt ook niet geschikt voor het analyseren van en het werken met die contexten. Het bevorderen van geestelijke gezondheid is een Sisyphus-arbeid; ook omdat maatschappelijke structuren en processen niet gemakkelijk veranderd kunnen worden. Op deze conferentie wordt in lezingen en workshops een poging gedaan om wat van de ingewikkelde puzzel te ontwarren.

Meer informatie over de bundel en conferentie Het uitzicht van Sisyphus kunt u krijgen bij de Riagg Haagrand, telefoon 070 - 3001300.

Tijdschrift voor Gezondheid & Politiek

Het tijdschrift voor Gezondheid & Politiek wil op een kritische, maar vooral analytische wijze de ontwikkelingen in de gezondheidszorg volgen, niet alleen vanuit de verstrekker van de zorg, maar ook vanuit de ontvanger: de patiënt..

Het tijdschrift wordt uitgegeven in samenwerking met de Stichting Gezondheid & Politiek en verschijnt 6x per jaar.

Abonnementsprijs

- ☐ f 75,00 voor particulieren
- ☐ f 110,00 voor instellingen

BESTELBON

Fax of stuur deze bon in een ongefrankeerde envelop naar:

Uitgeverij **VAN GORCUM**, Antwoordnummer 3, 9400 VB Assen, Tel. 0592046846/Fax 0592072064.

Naam _____

Adres _____

Postcode _____

Woonplaats _____

Datum _____

Handtekening _____

Abonneert zich tot wederopzegging op het Tijdschrift voor Gezondheid & Politiek..



Het *Tijdschrift voor Geneeskunde en Ethiek* is een kwartaalblad dat wil bijdragen aan de gedachtenvorming inzake gezondheidszorg, ethiek en christelijke levensbeschouwing.

Wilt u het tijdschrift kado geven of iemand verrassen met een proefexemplaar vult u dan onderstaande bon in, dan zorgen wij ervoor dat het tijdschrift op het juiste adres wordt bezorgd. Uiteraard kunt u ook zelf een abonnement nemen.

Abonnementsprijs

- ☐ f 50,-- voor particulieren
- ☐ f 65,-- voor instellingen

Faktuuradres

Naam _____

Adres _____

Postcode _____

Woonplaats _____

BESTELBON

Graag aankruisen wat van toepassing is:

- ☐ Ik geef een kado abonnement van het *Tijdschrift voor Geneeskunde en Ethiek* aan
- ☐ Ik bestel een proefexemplaar van het *Tijdschrift voor Geneeskunde en Ethiek*
- ☐ Ik neem zelf een abonnement op het *Tijdschrift voor Geneeskunde en Ethiek*

Datum _____

Handtekening _____

• als u een kado abonnement geeft dient u ook het faktuuradres in te vullen

Fax - 05920 72064 - of stuur deze bon in een ongefrankeerde envelop aan: Uitgeverij **VAN GORCUM**, Antwoordnummer 3, 9400 VB Assen

Naam _____

Adres _____

Postcode _____

Woonplaats _____

Uitgeverij

VAN GORCUM

Postbus 43
9400 AA Assen
Tel. 05920 46846
Fax 05920 72064



Medisch onderwijs in de praktijk

J.C.M. Metz, A.J.J.A. Scherpier,, C.P.M. van der Vleuten (redactie)

1995. 452 blz. f 89,50 - ISBN 90 232 2996 7

Het geven van goed onderwijs vraagt van de docent naast vakkennis en inzet een grondige kennis van onderwijstechnieken en didactische vaardigheden.

Tot de verschijning van dit handboek ontbrak echter een overzicht van de voor het medisch onderwijs bruikbare inzichten en instrumenten.

Metz, Scherpier en Van der Vleuten namen het initiatief tot de samenstelling van dit unieke, praktische hand- en studieboek. Hiermee geven zij de lezer inzicht in de bestaande en nieuwe onderwijsvormen, toetsingsmogelijkheden, doceervaardigheden, onderwijsbeleid en kwaliteitszorg.

Het boek besteedt ook aandacht aan fundamentele vragen over medisch denken en handelen en de implicaties daarvan voor het onderwijs. Evenzeer vindt de gebruiker praktische wenken op alle mogelijke terreinen van het onderwijs en geeft het verwijzingen naar literatuur voor meer specifieke vraagstukken. Een uniek, instructief en leeswaardig handboek voor iedereen die in het medisch onderwijs of bij gezondheidszorg-opleidingen werkzaam is.

Gezondheid en leefomgeving

Van wijken weten

J, van den Bogaard & B. Groot (redactie)

1995. 146 blz. j 32,50 - ISBN 90 232 3000 0

Gezonde Steden Reeks, deel 5

Een gezonde leefomgeving is een voorwaarde voor een goede gezondheid. Wanneer bewoners een actieve rol krijgen bij het beïnvloeden van hun omgeving, wordt de leefomgeving bovendien een instrument voor het bevorderen van gezondheid. De dubbele waarde die de leefomgeving aldus voor de gezondheid kan hebben wordt in dit vijfde deel belicht. De moderne gezondheidswerker werkt niet alleen ten behoeve van, maar ook met de bevolking aan de leefomgeving. Zij of hij 'weet van wijken'. Deze benadering stelt andere eisen aan de beroepshouding. Door dicht bij de mensen te staan worden processen minder voorspelbaar, de resultaten daarentegen zijn veelbelovend. Belangrijke elementen van de benadering zijn facilitair management, communicatie en zelforganisatie. In acht praktijkvoorbeelden worden verschillende facetten toegelicht.

Verkrijgbaar in de boekhandel of rechtstreeks bij de uitgever

Uitgeverij

VAN GORCUM

Postbus 43

9400 AA Assen

Tel. 0592046846 (per 10 oktober '95 - 0592346846)

Fax 05920 72064 (per 10 oktober '95 - 0592372064)



Nieuw